Health Canada Santé Canada

Evaluation Group

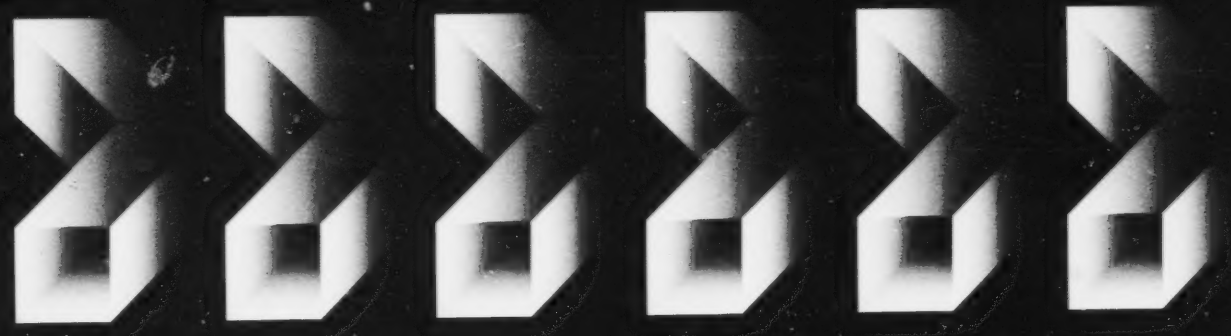
Strategic Planning and Review Directorate

Policy and Consultation Branch

Groupe de l'évaluation

Direction de la planification stratégique et de l'examen

Direction générale des politiques et de la consultation



EVALUATION OF HEALTH CANADA'S CONTRIBUTIONS TO CANADA'S DRUG STRATEGY

FINAL REPORT

December 1996

Canada

MISSION STATEMENT

The Evaluation Group helps Health Canada serve Canadians better by providing objective information and advice about the effectiveness of departmental activities and services.

ÉNONCÉ DE MISSION

Le Groupe de l'évaluation aide Santé Canada à mieux servir les Canadiens et les Canadiennes en offrant une information et des conseils objectifs sur l'efficacité des activités et des services du Ministère.

104-00840/

EVALUATION OF CANADA'S DRUG STRATEGY

HEALTH CANADA

FINAL REPORT

Prepared for the
Evaluation Group
Strategic Planning & Review Directorate
Health Canada

by Jamieson, Beals Lalonde & Associates
Contract No. H1021-6-09632

18 December 1996

This document has been prepared by Jamieson Beals Lalonde & Associates. The analysis, conclusions and recommendations in this document are those of Jamieson Beals Lalonde & Associates and do not necessarily reflect the views or policies of Health Canada or the Government of Canada.

Ce document a été préparé par Jamieson Beals Lalonde & Associates. L'analyse, les conclusions et les recommandations dans ce document sont celles de Jamieson Beals Lalonde & Associates et ne reflètent pas nécessairement les points de vue ou les politiques de Santé Canada ou du Gouvernement du Canada.

PREFACE

This Evaluation Report contains the main evaluation findings and conclusions of an evaluation of the Health Canada component of the Canada Drug Strategy Phase II.

A companion volume, the Evaluation Field Work Report, contains the results of field work conducted for this evaluation.

I. INTRODUCTION

A. Background to the Study

Canada's Drug Strategy, Phase II (CDS Phase II) is a five-year interdepartmental initiative approved by Cabinet March 17, 1992, intended to reduce the harm to individuals, families, and communities caused by alcohol and other drugs. CDS Phase II involves seven federal departments, including Health Canada, in an effort to improve federal coordination and to enhance alcohol and other drug programming in the areas of prevention, treatment and rehabilitation, and enforcement and control. CDS Phase II builds on federal accomplishments achieved under Phase I and incorporates a focus on impaired drivers (previously addressed under the National Program on Impaired Driving which existed alongside CDS Phase I).

CDS Phase II was originally slated to receive $270M over five years (1992/93-1996/97), with National Health and Welfare receiving $190M. In 1993, National Health and Welfare was abolished as part of a government-wide reorganization. A new ministry, Health Canada, assumed responsibility for most of the National Health and Welfare's CDS Phase II responsibilities[1]. Over the course of the Strategy, Health Canada's CDS funding levels were reduced by 30%, with the largest cuts occurring in the latter years of the Strategy, at a time when the results of earlier research and activities might be expected to affect the strategic direction and programming. In the end, the Health Canada component of CDS Phase II was allocated $77M over its five-year lifespan, an amount that represents less than 1% of the estimated annual costs of substance abuse in Canada ($18.45B annually[2]).

The CDS in its present format sunsets at the end of FY 96/97. In March 1996, a decision not to pursue renewal of the Health Canada component was made. Health Canada disbanded the Canada's Drug Strategy Secretariat (CDSS), a coordinating body for the CDS Phase II as a whole, in the Spring of 1996.

---

[1] Health Canada retained the former NHW's responsibilities in the areas of prevention programming as well as law enforcement and control activities associated with the health protection function of the department; the Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation Program was transferred to Human Resources Development Canada, diminishing the department's responsibilities in the area of treatment.

[2] Canadian Centre on Substance Abuse (1996) The Costs of Substance Abuse in Canada. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse. Of the total estimated costs of substance abuse, $9.6 billion arose from tobacco use. As tobacco use is not addressed by Canada's Drug Strategy, arguably a more relevant comparison would be against the remaining $8.85 billion arising from the use of alcohol and illicit drugs. The Health Canada component of CDS Phase II for five years still represents less than 1% of this estimated annual cost arising from the abuse of alcohol and illicit drugs in Canada.

B. Purpose of the Evaluation

In accordance with Treasury Board (TB) requirements, Health Canada issued a request for proposal to conduct a final evaluation of its CDS Phase II participation. The results of this evaluation will form part of a final interdepartmental evaluation being coordinated by Health Canada. Jamieson, Beals, Lalonde and Associates, Inc. was awarded the contract to carry out the evaluation, which is the subject of this report.

II. SECOND ORDER OBJECTIVES: EVALUATION FINDINGS AND CONCLUSIONS

A. How Canada's Drug Strategy Was Intended to Strengthen Health Canada Programming in Prevention and Enforcement and Control

The CDS was intended to strengthen Health Canada's programming in prevention and enforcement and control by targeting high risk populations, improving coordination, enhancing the information base, and through the allocation of new resources. The rationale for this approach was soundly based on Phase I experiences, research and consultation. The allocation of significant resources to prevention programming, which had been established under Phase I, was continued under Phase II, although the balance between prevention and enforcement/control shifted from 70%/30% under Phase I to 60%/40% under Phase II.

Intended to complement provincial/territorial efforts, the CDS Phase II Health Canada component was premised on an assumption that the provincial and territorial governments would continue to play a major role in primary[3] substance abuse prevention programming.

B. How Canada's Drug Strategy Changed Health Canada's Programming in Prevention and Enforcement and Control

Health Canada forged new partnerships and developed innovative program development methods and strategies designed to meet the needs of high risk and hard-to-reach populations. Health Canada enhanced federal drug control measures regarding licit and illicit drugs via legislation and improved monitoring systems (the NARCON system). These measures were carried out in accordance with Canada's

---

[3] Primary prevention targets individuals who are not yet at risk (i.e. have not initiated use), or, as is the case for moderate drinkers, are at low risk. Secondary prevention is aimed at people who are at risk for substance abuse or who have experienced some harm or negative consequences associated with substance abuse (Mann et al., 1995).

international drug control obligations. The Controlled Drugs and Substances Act received royal assent June 20, 1996.

Information base development within Health Canada and via the Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) has expanded the knowledge base on substance abuse trends and behaviours, particularly with respect to high risk populations (excepting Aboriginal populations, where at the request of Aboriginal communities, the primary focus was on program development and implementation).

C. The Cost-effectiveness of Changes to Health Canada's Prevention and Enforcement and Control Programming

Federal program officials and external partners are of the opinion that targeting high-risk populations and involving those target groups in program design, development and implementation, will yield a stronger impact on harm reduction than will general population programming. However, this opinion cannot be backed up by objective outcome research at this time. A significant step in quantifying the costs of substance abuse has been taken in the CCSA Cost of Substance Abuse study (1996), undertaken in collaboration with other organizations, including Health Canada.

Federal program officials and external partners are concerned that primary prevention programming has diminished in Canada. Many felt that this is because the federal government has withdrawn from this area, and some provinces/territories no longer have the resources or infrastructure to deliver such programming. There is a perception, and some evidence to suggest that prevention gains achieved within the general population (particularly with mainstream youth) are slipping.

Regarding Health Canada's role in enforcement and control, CDS Phase II funding has yielded more comprehensive, state-of-the-art drug control measures, however it is not possible to comment on their cost-effectiveness at this time.

D. Accountability Lines

Lines of accountability within the Health Canada component of the CDS Phase II, and for the CDS Phase II as a whole are not clear. At an interdepartmental level, this is attributed to the fact that the CDSS was not allocated a role, nor given the power to enforce accountability. At a departmental level, the massive re-organization within the department, as well as the period budget cuts, have contributed to confusion as to the lines of accountability.

Health Canada did not monitor expenditures on the CDS Phase II in a consistent and complete manner.[4]

III. THIRD ORDER OBJECTIVES: EVALUATION FINDINGS AND CONCLUSIONS

A. Targeting

Phase II targeted five high risk populations: out-of-the-mainstream youth (OOMY), Aboriginal peoples, Women, Seniors and DWI offenders, based on sound rationale. OOMY and Aboriginal peoples received the most attention (including a first-time focus for Health Canada substance abuse programming for off-reserve populations), followed by seniors and women. DWI was a justifiably secondary focus for Health Canada. In retrospect, the implementation time to accommodate the shift to high risk should could have been better recognized and accommodated within expectations of the CDS.

The targeting strategy resulted in positive impacts, including: innovation, new networks and synergy, and improved relevancy of programs. At this time, there is little outcome data available to objectively detail impacts., due to insufficient time frames within the Initiative for such work to measure the impacts of new types of programming. Health Canada does not appear to have incorporated stringent evaluation requirements into its prevention programming activities, although it must be recognized that there are constraints and difficulties in evaluating programs focused on high-risk, hard-to-reach target populations because traditional evaluation methods may be inadequate or inappropriate.

B. Coordination and Cooperation

The main coordination mechanisms for the CDS Phase II as a whole included the CDSS and the interdepartmental coordination committee mechanisms: the CDS Interdepartmental Working Group/Committee and the ADM Steering Committee. It is difficult, however, to describe the intended improvements to coordination intended under Phase II because no coordination goals were officially defined, a situation which ultimately led to differing perceptions/expectations and confusion concerning expected coordination roles under CDS.

Strategic level coordination did not improve significantly subsequent to the mid-term review. Program level coordination proceeded on course, following the overall goals

---

[4] While HPPB staff state their expenditures on CDS Phase II were routinely monitored at the Branch level, it is evident that there was no standard system in place to monitor overall departmental CDS expenditures in a consistent and systematic manner.

of the Strategy, stipulated in the Treasury Board Submission. Implementation coordination and cooperation on specific issues, target groups and projects was generally successful at the working level within Health Canada (including with external partners), and with other federal departments. External partner coordination and cooperation occurred at both national and regional levels, involving national organizations, provincial/territorial agencies and governments and community agencies and groups, First Nations, and off-reserve aboriginal organizations on specific tasks or issues.

FPT coordination at official, strategic and program implementation levels was somewhat hampered during the course of the strategy (primarily by non-CDS factors), and thus limited the effectiveness of coordination overall. There is evidence that Health Canada program staff maintained working level FPT relations throughout the time frame of the CDS.

Federal officials and external partners support on-going federal level coordination on substance abuse issues.

C. Information Base

The breadth and amount of information available related to substance abuse in Canada has been enhanced during the course of CDS Phase II, and ranged from traditional quantitative research (e.g. surveys) to qualitative research and consultations aimed at defining target group needs. Federal officials and external partners cite the CCSA Costs of Substance Abuse Study, Canada's Alcohol and Other Drugs Survey, and the Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use as the most significant accomplishments.

However there is concern that these gains may be short-lived if they are not regularly updated, and if the policy and program implications of the knowledge gained are not used to inform national policy or action.

Federal officials and external partners view collecting and disseminating national level information on substance abuse as an appropriate federal role.

D. Resources

At its inception in 1992, the Health and Welfare component of the CDS was to receive a total of $191,350,000 over the period from 1992/93 to 1996/97. Starting in 1993, these funds were reduced as a result of reductions in Grants and Contributions and other budget cuts. Also in that year, a major re-organization of government departments resulted in the transfer of Fitness and Amateur Sport ($2M) and Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation ($77.5M) components to other departments.

Due to budget cuts, Health Canada's CDS Phase II expenditures were only 71% of the originally approved funding levels. The largest cuts occurred in the latter part of the CDS. It is noteworthy, for example, that from an original allocation of $22.3M slated for 1995/96, the funding level had dropped by $16M[5] to $5.9M.

Funds were justifiably and reasonably allocated amongst target groups of the strategy. CDS Phase II dollars enabled many new and enhanced activities to take place, however the timing of activities may have limited the degree of impact achieved on actual programming.

IV. OVER-ARCHING FINDINGS AND CONCLUSIONS

A. Expectations

The CDS Phase II Health Component must be viewed as a short-term initiative addressing a deeply-rooted, complex problem from a focused (e.g. targeted) direction. Expectations of its achievements must be tempered by this fact. Health Canada made important strides, despite problems experienced in strategic coordination and budget reductions.

While short-term initiatives such as the CDS Phase II are useful in that they inspire a higher sense of priority for a certain issue, they hold inherent disadvantages in addressing an issue such as substance abuse, that is widely recognized to require a longer-term intervention than time-limited initiative funding will allow.

A longer-term federal commitment in addressing substance abuse is needed by the nature of the problem, and is supported by both federal officials and external partners.

---

[5] Note that the Secretariat was disbanded at the end of 1996 and its budget ($1M) was cut.

B. Model of Coordination - Lessons Learned

CDS Phase II experienced difficulties in strategic level coordination because it did not have the necessary ingredients for success: although there was agreement via the TB submission on the general direction of the strategy (i.e. the harm reduction model, balancing and integrating demand and supply reduction measures), the purpose of strategic level coordination was not articulated or endorsed; the CDSS mandate for coordination was neither adequately defined nor accorded sufficient authority to effectively manage the process; and there was insufficient "buy-in" amongst the players as to the need and purpose of coordination. The dismantling of provincial/territorial infrastructures to deal with substance abuse further impaired the concept of coordination/partnership that was envisioned in the strategy. Health Canada's departmental reorganization further contributed to strategic level coordination problems.

CDS Phase II achieved greater success in coordination on specific tasks or issues than on the broad strategy itself, because the factors for success were in place at this implementation level.

C. Sustainability of CDS Phase II Progress

Health Canada is now poised to reap benefits from the knowledge gained through research and development, and program implementation. Due to non-renewal of the CDS Health Canada component funding, these benefits may not be received. Moreover, the federal harm reduction policy may list too far in the direction of supply reduction. Canada's international credibility on substance abuse issues will also suffer from the non-renewal of the Health Canada CDS component.

D. Substance Abuse and the Population Health Approach

Federal officials and external partners expressed concern as to whether the Population Health Approach is a viable model for addressing substance abuse issues at a practical level. It is unclear whether these concerns are based on an accurate understanding of how the Population Health Approach will work in practice, for example, in terms of whether it will allow for direct targeting of specific sub-populations.

E. Accountability and Evaluation

It is increasingly important for governments to be accountable for public monies, and to use public monies in as cost-effective a way as possible. The CDS Phase II evidenced some weaknesses in this area (in terms of monitoring of expenditures and achieving project level evaluation results), that can and should be addressed in any future initiatives related to substance abuse.

There also seems to be a need to invest some resources into building evaluation measures and techniques that are usable at the project level, so that decision-makers can acquire a more concrete sense of the results of programs. This investment is essential for new program development areas, where traditional techniques may be insufficient.

F. Resources - the case for horizontal funding

The rationale behind the creation of special initiatives and strategies is the need to coordinate efforts across hierarchical and departmental lines. It is important that a fully horizontal approach be adopted to funding at the departmental level as well as interdepartmental levels, and that the financial administration systems within the various branches develop the flexibility to accommodate a horizontal funding approach for the department's priorities as a whole.

TABLE OF CONTENTS

Page

Executive Summary i

PART I: BACKGROUND INFORMATION AND METHODOLOGY 1

I. INTRODUCTION 1
- A. Background to the Study 1
- B. Objectives of the Study 2
- C. Evaluation Focus 2
- D. Evaluation Scope 3

II. HOW THIS REPORT IS ORGANIZED 3

III. CDS PHASE II HEALTH CANADA COMPONENT - OVERVIEW 4
- A. Operating Environment since the Mid-Term Review 4
- B. Present Status 5
- C. Resources 6

IV. METHODOLOGY 6
- A. The Evaluation Framework Review 6
- B. Document and Data Base Review 6
- C. Literature Review 7
- D. In-depth Interviews 7
- E. Limitations 7

PART II: PRESENTATION OF MAIN FINDINGS AND CONCLUSIONS 9

I. SECOND ORDER OBJECTIVES 9
- A. How was Canada's Drug Strategy intended to strengthen Health Canada Programming in Prevention and Enforcement and Control? 9
- B. How has Canada's Drug Strategy in fact changed Health Canada Programming in Prevention and Enforcement and Control? 11
- C. Have the Changes to Health Canada's Prevention and Enforcement and Control Programming made it more Cost-effective? 13
- D. Accountability Lines 14

II. THIRD ORDER OBJECTIVES 15
- A. Targeting 15
- B. Coordination and Cooperation 20
- C. Information Base 26
- D. Resources 28

III. OVER-ARCHING FINDINGS AND CONCLUSIONS 33

PART I: BACKGROUND INFORMATION AND METHODOLOGY

I. INTRODUCTION

A. Background to the Study

Canada's Drug Strategy, Phase II (CDS Phase II) is a five-year interdepartmental initiative approved by Cabinet March 17, 1992, intended to reduce the harm to individuals, families, and communities caused by alcohol and other drugs. CDS Phase II involves seven federal departments, including Health Canada, in an effort to improve federal coordination and to enhance alcohol and other drug programming in the areas of prevention, treatment and rehabilitation, and enforcement and control. CDS Phase II builds on federal accomplishments achieved under Phase I and incorporates a focus on impaired drivers (previously addressed under the National Program on Impaired Driving which existed alongside CDS Phase I).

CDS Phase II was originally slated to receive $270M over five years (1992/93-1996/97), with National Health and Welfare receiving $190M. In 1993, National Health and Welfare was abolished as part of a government-wide reorganization. A new ministry, Health Canada, assumed responsibility for most of the National Health and Welfare's CDS Phase II responsibilities[6]. Over the course of the Strategy, the funding levels were reduced substantially. In the end, the Health Canada component of CDS Phase II was allocated $77M over its five-year lifespan, an amount that represents less than 1% of the estimated annual costs of substance abuse in Canada ($18.45B annually[7]).

The CDS sunsets at the end of FY 96/97. In March 1996, a decision not to pursue renewal of the Health Canada component was made.

In accordance with Treasury Board (TB) requirements, Health Canada issued a request for proposal to conduct a final evaluation of its CDS Phase II participation. The results of this evaluation will form part of a final interdepartmental evaluation being coordinated by Health Canada. Jamieson, Beals, Lalonde and Associates, Inc. was awarded the contract to carry out the evaluation, which is the subject of this report.

---

[6] Health Canada retained the former NHW's responsibilities in the areas of prevention programming as well as law enforcement and control activities associated with the health protection function of the department; the Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation Program was transferred to Human Resources Development Canada, diminishing the department's responsibilities in the area of treatment. As well, resources were also transferred to the Department of Canadian Heritage to address substance abuse issues related to fitness and amateur sport.

[7] Canadian Centre on Substance Abuse (1996) The Costs of Substance Abuse in Canada. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

B. Objectives of the Study

The objective of this evaluation study was to produce a report that would:

- assess the extent to which the Health Canada component met the second and third order objectives of the CDS Phase II, namely: strengthening and enhancing the cost-effectiveness of prevention and enforcement/control programming; targeting prevention programming to high risk groups; enhancing coordination and cooperation; improving the information base on substance abuse in Canada; and allocating resources to CDS programming;
- provide relevant information on issues identified during the course of the evaluation study;
- make recommendations for further action as required; and,
- provide information that will contribute to the overall interdepartmental evaluation.

C. Evaluation Focus

This evaluation focuses on Health Canada's overall contribution to the CDS Phase II in the areas of prevention, enforcement and control. The study is based on the Evaluation Questions stipulated in the formal Request for Proposal, and is informed by a mid-term review of the CDS Phase II that was conducted in 1993/94, that addressed a similar set of evaluation questions[8]. We concentrated on questions and issues related to:

- the intended objectives, cost-effectiveness, and accountability of the CDS Phase II Health Canada component;
- the effectiveness of high risk population targeting within Health Canada prevention programming;
- the effectiveness of Health Canada's coordination role and activities;

---

[8] Health Canada, Evaluation Group, Policy and Consultation Branch (June 1995) Mid-term Review Report - Health Canada's Contribution to Canada's Drug Strategy. The mid-term review was conducted in early 1994, and focused on process/implementation issues, many of which related to coordination. Some Health Canada program officials are of the opinion that the mid-term review was somewhat premature and thus not reflective of the progress made in various areas. We noted these concerns and further explored the issues with continued relevancy arising from that report during the course of our field work.

- the effectiveness of information base enhancements; and

- the level and impact of CDS Phase II resources allocated to Health Canada.

D. Evaluation Scope

The scope of the final evaluation is limited to developments in Phase II subsequent to the mid-term review. It is not intended to be a full evaluation of each program within the Health Canada component, or of the Canadian Centre for Substance Abuse[9], but rather a global assessment of the Health Canada contribution to the CDS Phase II.

II. HOW THIS REPORT IS ORGANIZED

A. Volume 1 - Final Report

Volume 1 of this report presents our main findings and conclusions, based on the evidence presented in the Evaluation Field Work Report, but does not repeat the detail of the latter report. In order to get a complete picture of the evidence gathered for the final evaluation, readers may wish to refer to the Evaluation Field Work Report.

Volume 1 is divided into two parts:

- Part 1: Background Information (including the Introduction and Component Overview) and Methodology
- Part II: Presentation of Main Findings and Conclusions.

B. Volume 2 - Evaluation Field Work Report

The Evaluation Field Work Report presents the detailed evidence collected in the evaluation study. The report consists of four parts:

- Part 1: Document Review Report
- Part II: Literature Review
- Part III: External Partner Interviews - Report
- Part IV: Health Canada Officials and Federal Partner Interviews - Report.

---

[9] The Canadian Centre for Substance Abuse was evaluated in October, 1993, as required by its founding legislation, the Canadian Centre on Substance Abuse Act (Bill C-143).

III. CDS PHASE II HEALTH CANADA COMPONENT - OVERVIEW

A. Operating Environment since the Mid-Term Review

Component Description Update

The CDS Phase II Health Canada component includes both prevention and enforcement/control activities and involves the work of three Branches. The vast majority of CDS prevention programming is delivered through the Health Promotion and Programs Branch (HPPB) and the Medical Services Branch (MSB), while the Health Protection Branch (HBP) is primarily responsible for activities in the enforcement and control area.

The CDS Phase II Health Canada component included 14 separate programs and activities within these three Branches. Since the time of the mid-term review, there has been little change to the essence of Health Canada's CDS activities, although there has been significant restructuring within the Department itself. Consequently, many of the organizational locations and/or name of CDS Phase II programs and activities within the Department have changed. Some CDS Phase II programs/activities were not pursued due to funding cuts (see Section D. Resources for details), or are not currently active either because of the decision not to pursue renewal of the Initiative beyond 1997 renders new project implementation at this stage inappropriate, or because their objectives have been achieved (e.g. the implementation of legislation).

Canada's Drug Strategy Secretariat (CDSS), a coordinating body for the CDS Phase II as a whole, was situated within Health Canada. Over the course of CDS Phase II, the CDSS was moved several times within the department's organizational structure. It also underwent a name change to coincide with the dismantling of federal Secretariats. Finally, the CDSS was disbanded altogether in the Spring of 1996. The apparent rationale was that resources would be better devoted to the implementation of the Population Health Model within Health Canada.[10]

Relation to other Relevant Interdepartmental Federal Initiatives

The CDS Phase II has operated alongside a number of interdepartmental federal initiatives and activities that are concerned with, related to, or impacted by alcohol and drug issues, notably:

---

[10] HPPB staff note, "in terms of its reduced status within the Department (and concomitantly interdepartmentally) and the impending sunsetting of CDS Phase II as of March 31, 1997, Canada's Drug Strategy Secretariat (CDSS) was disbanded as it was no longer serving any effective coordinative function."

- the AIDS strategy
- the Child Development Initiative
- the Tobacco Demand Reduction Strategy
- the Seniors Strategy
- the Family Violence Initiative.

Health Canada has been a major player in the above initiatives and there has been some interplay among these areas. Like the CDS, many of these initiatives and activities have reached, or are nearing the end of their mandate.

Provincial/Territorial Involvement

The provinces and territories are regarded as essential partners of the CDS Phase II Health Canada component, particularly because the provinces have jurisdiction over most health and education matters, as well as significant responsibility for legislation and regulations concerning alcohol, and regulation of medical and pharmaceutical professions, in adition to a regulatory role in approving the use of prescription drugs in Canada[11]. In the area of prevention programming, in fact, the Treasury Board Submission for the CDS Phase II was predicated on an understanding that the provinces would continue to play a primary role in general population programming, while the federal government would focus on high risk populations.
Provincial/territorial fiscal restraint and reorganization with the health and education sectors has in many cases, limited provincial/territorial action on substance abuse-related prevention programming.

B. Present Status

The CDS Phase II is now nearing the end of its mandate. Since the decision not to pursue renewal of the Health Canada component became known in Spring 1996, FY1996/97 has become a period of winding down for most CDS activities. The Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues (OADDI) has assumed a coordination role in the absence of the CDSS.

Health Canada continues to undergo organizational change as it implements a new approach to health issues affecting Canadians, via the Population Health model. The Population Health model has the capacity to address a range of health issues, including alcohol and drug-related issues, although at the time of this evaluation, there appears to be some uncertainty as to how alcohol and drug-related issues will be addressed in practice.

---

[11] Federal powers relate to impaired driving provisions of the Criminal Code, and legislative and regulatory powers under the Food and Drug Act.

C. Resources

During the course of CDS Phase II, Health Canada's component sustained a series of resource cuts. Compared to its original allocation of $109M in 1992/93, the final tally for Health Canada CDS resources totalled only $77M. In addition, Health Canada was allocated 205 FTEs, but ultimately utilized only 104 FTEs. These reductions in resources have diminished Health Canada's ability to achieve its objectives under CDS Phase II. For a detailed discussion of the allocation of resources please refer to Part II, Section D of this report.

IV. METHODOLOGY

A. The Evaluation Framework Review

The interdepartmental Evaluation Framework for CDS which was produced in March 1993 includes an evaluation framework for the National Health and Welfare component of CDS. Subsequently, National Health and Welfare ceased to exist. The current Health Canada CDS component contains some parts of the original National Health and Welfare component, but not all. A revised Evaluation Framework for the Health Canada component does not appear to have been produced[12]. The original Framework was reviewed as part of the final evaluation, but has only limited relevance.

B. Document and Data Base Review

The key documents pertaining to the Health Canada component of CDS Phase II were reviewed for the final evaluation. On-site document reviews were conducted at the Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues (Health Promotion and Programs Branch), Health Programs Support Division (Medical Services Branch) and the Bureau of Drug Surveillance (Health Protection Branch). The Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) and the National Health Research Development Program also provided documents for review.

A data base review was also conducted to identify improvements made to the information base on alcohol and other drug related issues. The database sources reviewed included survey, electronic library and internal databases and various information reports on alcohol and other drug use.

---

[12] The Request for Proposal, however describes the main program elements pertaining to the Health Canada component of the CDS Phasell.

The findings of the document and database review are included in Part I: Document and Database Review Report in the Evaluation Field Work Report (Volume 2 of this report).

C. Literature Review

A review was conducted of the literature that had been produced on substance abuse prevention programming and high risk populations since the initiation of Canada's Drug Strategy Phase II in 1992.

The findings of the literature review are included in Part II: Literature Review in the Evaluation Field Report (Volume 2 of this report).

D. In-depth Interviews

A total of 57 interviews were conducted during the evaluation. The interviewees were selected in consultation with the Project Authority and key Health Canada CDS Phase II staff.

Twenty-seven (primarily telephone) interviews were conducted with external partners, including representatives of provincially-based organizations, Aboriginal and Inuit organizations, non-governmental organizations, law enforcement associations, international organizations, academics and other subject matter experts, CDS youth project funding recipients and CDS Aboriginal project funding recipients.

Another thirty interviews were conducted with Health Canada officials and representatives of Health Canada's federal partners including Treasury Board (TB), Solicitor General Canada (SGC), Foreign Affairs and International Trade (FAIT), Transport Canada (TC) and the Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA). The majority of these interviews were conducted by telephone.

The findings from the interviews are included in Parts III and IV of Evaluation Field Work Report (Volume 2 of this report).

E. Limitations

There are limitations to evaluating interdisciplinary, intersectoral initiatives such as Canada's Drug Strategy. The most significant is the simple reality that it takes a long time to achieve impacts on problems of the magnitude and multi-dimensional scope of substance abuse. A five-year initiative should demonstrate some incremental change, but cannot be expected to solve the myriad problems and harm caused by substance abuse.

Attribution is also a concern. Because jurisdiction for alcohol and drug-related issues is shared with the provincial/territorial governments, it is also difficult in many cases to attribute results to the federal strategy, or to a particular department's activities per se. The activities of non-government organizations at national, regional, provincial/territorial and local levels in the area of substance abuse are also factors. Finally, from both methodological and cost perspectives, it is virtually impossible to obtain hard data that would rigorously demonstrate the cost-effectiveness of activities funded under the Strategy.

Despite these limitations, we believe that the qualitative information obtained during this evaluation - from available documentation, the literature review, expert opinion and related information provided by federal officials and from external partners nonetheless serves as a valid, consistent, and cost-effective source on which to base conclusions and recommendations.

PART II: PRESENTATION OF MAIN FINDINGS AND CONCLUSIONS

I. SECOND ORDER OBJECTIVES

A. How was Canada's Drug Strategy intended to strengthen Health Canada Programming in Prevention and Enforcement and Control?

1. Rationale for new focus in Phase II

Phase II was intended to build on the lessons learned under Phase I in the areas of prevention and enforcement and control. Based on national consultations held prior to its launch, Phase II was to continue Phase I's blend of prevention and enforcement/control activities within an overall harm reduction approach, but with a significant shift in emphasis from primary to secondary prevention programming[13].

The shift to secondary prevention programming was based on the results of research and consultations conducted in Phase I that supported redirecting resources to those populations experiencing the greatest levels of risk or harm related to substance abuse as more effective measures than general population, primary prevention programming. Our evaluation field work indicated that this approach continues to be well-supported by expert opinion and the literature. We note that the shift was not perceived to negate the need for primary prevention programming. Indeed, both documentation and expert opinion data suggest the federal strategy was predicated on continued provincial/territorial involvement at the primary prevention level.

Four strategies were identified to guide substance abuse programming: improved targeting (prevention programming only), improved coordination, enhanced information and the allocation of resources.

2. Coordination

According to the mid-term review and several interviewees, insufficient coordination was a weakness of Phase I. Phase II was intended to strengthen coordination at all levels, within Health Canada and beyond. Expectations were that coordination would be enhanced within and between the prevention and enforcement/control areas, including at the regional/community level, within Health Canada, across federal departments, and internationally. Our evaluation field work interviews indicated that enhanced coordination was expected to result in the sharing of best practices,

---

[13] Primary prevention targets individuals who are not yet at risk (i.e. have not initiated use), or, as is the case for moderate drinkers, are at low risk. Secondary prevention is aimed at people who are at risk for substance abuse or who have experienced some harm or negative consequences associated with substance abuse (Mann et al., 1995).

avoiding duplication of effort, enhancing understanding between sectors, and ensuring that governmental and non-governmental partners at all levels would work together.

Specific coordination activities to be undertaken by CDSS were outlined in the TB Submission.

Within Health Canada itself, we found little documentation on the department's need for coordination within/across branches. However, interviewees indicated that it was hoped that a specific focus on coordination would result in better balance and information sharing on prevention, protection, enforcement and control matters and thus facilitate project-level implementation.

3. Targeting

For many interviewees, targeting prevention programming to high risk populations was the most distinguishing feature of the Health Canada component of the CDS Phase II. Prevention programming was to be targeted to the most high risk populations rather than the general population (secondary vs. primary prevention).

This represented a significant shift in emphasis in prevention programming for the department, and was based on national consultations and the analysis of available data. It was recognized that this shift in focus would require the development of new partnerships and practical innovation, for example, the use of participative/facilitative approaches to program development and implementation, involving client groups.

4. Information base enhancements

Phase II was intended to enhance the information base on substance abuse in Canada. The federal government was to continue its role in national-level information gathering, analysis and dissemination, including conducting Canada's Alcohol and Other Drugs Survey. Financial support for the Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) was also intended to enhance the national information base and information dissemination. Many interviewees noted that information enhancement was to focus on filling the gap in high risk populations.

On the health protection and control side, the CDS Phase II was intended to enhance Canada's capacity to monitor and control psychotropic drugs (via the NARCON system).

5. Enhanced resources and balance between prevention and enforcement/control

Phase II supplied Health Canada with renewed resources to support the Department's substance abuse prevention and enforcement/control activities. The allocation of significant resources to prevention programming, which had been established under

Phase I, was continued under Phase II, although the balance between prevention and enforcement/control shifted from 70%/30% under Phase I to 60%/40% under Phase II.

CONCLUSION: The CDS was intended to strengthen Health Canada's programming in prevention and enforcement and control by targeting high risk populations, improving coordination, enhancing the information base, and through the allocation of new resources. The rationale for this approach was soundly based on Phase I experiences, research and consultation. Intended to complement provincial/territorial efforts, the CDS Phase II Health Canada component was premised on an assumption that primary substance abuse prevention programming would continue to be addressed by provincial/territorial governments.

B. How has Canada's Drug Strategy in fact changed Health Canada Programming in Prevention and Enforcement and Control?

1. Prevention Programming

The most significant changes to Health Canada's programming took place in prevention programming where a shift to targeting high risk groups rather than the general population took place.

In order to reach high risk populations, Health Canada sought to establish a new network of linkages at the national, regional and community levels. National level consultations were held with national organizations and members of the target groups to establish needs and develop strategies.

Alongside national level projects, two new community funding programs were implemented to reach high risk groups, including a special focus on First Nations communities (on and off-reserve) and Métis and Inuit communities across Canada. These programs represented a bottom-up, collaborative approach to program development for the target groups. Administered primarily through the regional offices of Health Canad[14]a, communities were encouraged to develop program strategies appropriate for reaching high risk groups locally. New partnerships within Health Canada emerged to support the implementation of these funding programs.

In other national level programming areas, such as social marketing and education/training, traditional approaches to programming for the general population were replaced with activities tailored to specific target-group needs In addition,

[14] In certain cases, community-level projects wsere administered nationally, or jointly with the regions.

training and education initiatives traditionally conducted through school systems were replaced with alternative strategies for reaching high risk groups.

A general trend towards horizontal analysis and collaboration in federal policies and programs, as well as the presence of complementary initiatives (e.g. AIDS Strategy, Seniors Strategy) were identified by federal officials as two positive factors that contributed to the shift in targeting, program development, and delivery.

2. Enforcement and Control

In Phase II, Health Canada continued and enhanced its traditional roles in enforcement and control, in accordance with Canada's international drug control obligations stipulated in the United Nations Convention Psychotropic Substances. CDS Phase II funding enabled Health Canada to enhance the NARCON database that monitors controlled substances in Canada. The Controlled Drugs and Substances Act received royal assent June 20, 1996. Significant changes have been made in the approach to methadone treatment through the development of a more flexible authorization system. Resources previously devoted to systemic control over licit drugs were expanded to address a broader range of licit drug issues such as blood issues, vaccines, herbal medicines,etc..

3. Information Base

Information base developments have been undertaken which support Health Canada's activities in both prevention and enforcement/control.

Within Health Canada, in the area of prevention programming, there was new emphasis on qualitative and participatory research to determine the needs of high risk groups. Nationally, quantitative data on substance abuse trends were enhanced, including further information on high risk groups, excepting Aboriginal populations[15]. The Canadian Centre on Substance Abuse also undertook extensive knowledge base development activities and became a primary tool for the dissemination of substance abuse information nationally, and has expanded dissemination through its Internet Website.

CONCLUSION: The shift to targeting high risk populations meant Health Canada forged new partnerships and developed innovative program development methods and strategies. Drug control measures regarding licit and illicit drugs have been enhanced via legislation and monitoring systems. Information base development has expanded the knowledge base on substance abuse trends and

[15] Baseline research was not supported by Aboriginal communities, who preferred a program-oriented focus.

behaviours, particularly with respect to high risk populations (excepting Aboriginal populations).

C. Have the Changes to Health Canada's Prevention and Enforcement and Control Programming made it more Cost-effective?

1. Opinions on CDS Phase II cost-effectiveness

Consistently, interviewees expressed the opinion that yes, the prevention programming changes effected by Health Canada have resulted in more cost-effective efforts. This opinion is based on the assumption that targeting high-risk populations, and involving those target groups in program design, development and implementation, will yield a stronger impact on harm reduction than will general population programming.

However, this opinion cannot be backed up by objective out-come research at this time. To be cost-effective means that the return on an investment in time and dollars justifies the expenditure. When dealing with social issues like substance abuse, major longitudinal research efforts must be undertaken in order to quantify outcomes. A first step has been taken in the CCSA Cost of Substance Abuse study in quantifying these issues at a global level, but follow-up research over time would need to be done to see whether the CDS has had any impact. A further complication would be to attribute any changes to the CDS, which is only one of many players seeking to effect changes.

At the level of Health Canada prevention programming, statements regarding cost-effectiveness would be based on a detailed review of activities and projects, comparing the results in Phase I and Phase II according to similar quantitative performance measures, however this would be a very time-consuming and expensive undertaking that in any case would need to have been built into project-level evaluations. Relevant baseline data, particularly for high risk groups, would also be needed.

Regarding Health Canada's role in enforcement and control, CDS Phase II funding has yielded more comprehensive, state-of-the-art drug control measures, however it is not possible to comment on their cost-effectiveness at this time.

2. The shift in targeting and its relation to cost-effectiveness.

It appears to be accepted wisdom among substance abuse experts and program practitioners that concentrating one's efforts on a specific and finite target population will have a greater impact than a more diffuse approach to a larger population. At the same time, it is believed that a certain level of primary prevention programming is required. Our evaluation field work interviews indicated a concern that primary

prevention programming has diminished in Canada. Many felt that this is because the federal government has withdrawn from this area, and some provinces/territories no longer have the resources or infrastructure to deliver such programming. Consequently, there is a belief, and some evidence to suggest that prevention gains achieved within the general population (particularly with mainstream youth) are slipping[16].

CONCLUSION: The strategy of targeting CDS resources to specific populations has probably resulted in the more cost-effective use of limited resources. There are concerns that prevention gains within the general population (particularly mainstream youth) may be slipping. While CDS Phase II funding has enabled Canada to attain more comprehensive, state-of-the-art drug control measures, we cannot comment on their cost-effectiveness at this time.

D. Accountability Lines

To be accountable means to be responsible for something, and to answer for outcomes. In the context of a strategy like the CDS, there should also be monitoring and reporting mechanisms that operate in conjunction with the pre-existing lines of responsibility to ensure that CDS activities are tracked as a separate entity. In other words, staff are accountable to their managers for carrying out their duties effectively and efficiently. However, they should also be accountable to Cabinet as those activities relate to the CDS.

Interdepartmental Accountability

The role of the CDSS was to coordinate the activities of the strategy among departments. An implicit role would be expected to be to monitor those activities to ensure consistency and minimal duplication, and to track expenditures against the CDS budget. However, the CDSS was not allocated that role, nor was it given the power to enforce accountability. The latter was partly the result of:

- the location of the CDSS at a relatively low organizational level within Health Canada meant that it was seen as an integral part of Health Canada and one with limited power; and
- periodic reductions in its budget reinforced the view of the CDSS as an expendable unit.

---

[16] For example, although recent national trend data indicate relative stability in illicit drug use among the general population, some regional studies have revealed increases in illicit drug use among youth (e.g. an the Addiction Research Foundation's Ontario Drug Use Survey (1995) showed increases in illicit drug use among 12-19 year olds attending provincial schools). Refer to the Evaluation Field Work Report, Part II Literature Review for further information on trends.

We did not see any evidence of tracking mechanisms relating to either Health Canada or other departments' activities or expenditures.

Departmental Accountability

There is some confusion within Health Canada as to lines of accountability. The massive re-organization of the department over the last few years, as well as the periodic cuts that were made to the CDS Phase II Health Canada component budget, have contributed to the confusion.

Some salient facts that lead us to our conclusion are:

- there is no up-to-date organization chart for the Health Canada CDS component;
- parts of the original coordinating infrastructure (notably the CDSS) were dismantled; the ADM Steering Committee and the CDS Interdepartmental Working Group) were inactive in 1995;
- the reporting structures within HPPB and HPB have changed significantly and these changes have not been reflected in activity or budget reporting;
- the decentralized structure of MSB means the Regional Offices do not regularly report on CDS activities to the National level (except at the Regional NNADAP Consultants meetings which occur 2-3 times per year).

In addition, it is particularly worrisome that the department did not keep track of CDS Phase II expenditures separately. That is, individual branches can report on their CDS expenditures, but a complete compilation for the department as a whole must be done manually by adding up the divisional expenditures.

CONCLUSION: Lines of accountability within the Health Canada component of the CDS Phase II, and for the CDS Phase II as a whole are not clear.

Health Canada did not monitor expenditures on the CDS Phase II in a consistent and complete manner.[17]

II. THIRD ORDER OBJECTIVES

A. Targeting

[17] While HPPB staff state their expenditures on CDS Phase II were routinely monitored at the Branch level, it is evident that there was no standard system in place to monitor overall departmental CDS expenditures in a consistent and systematic manner.

1. Intended Changes

The Memorandum to Cabinet (MC) made it clear that the CDS Phase II was to target prevention programming to high risk populations. The MC identifies street kids, dropouts, off-reserve aboriginal, the unemployed, seniors, women, dysfunctional families and DWI offenders as high risk populations

The TB submission echoes the MC, noting that prevention initiatives were to include a Grants and Contributions program targeting children and youth at risk, driving-while-impaired first and subsequent offenders, women, families (especially those experiencing fetal alcohol syndrome or violence). Prevention initiatives were also to be implemented for solvent[18] abuse among off-reserve aboriginal, including youth activities, as well as substance abuse awareness and prevention activities for youth in First Nations communities. New research was to focus on youth (including street kids and dropouts) and groups such as women and Aboriginal peoples.

During the first or "transition" year of Phase II, Health Canada's Health Promotion and Programs Branch undertook a strategic planning exercise to further refine the MC target populations. In the end, five high risk target groups were identified, including: Children,Youth and Young Adults; Women; Seniors; Off-Reserve Aboriginal People; and Persons who drive while under the influence of alcohol and other drugs. Specific subgroups of each of these groups were also identified, including Out of the Mainstream Youth (OOMY); women and seniors who misuse prescription/non-prescription drugs and/or alcohol (including pregnant women); those who have already driven and been apprehended while impaired (DWI).

As a result, the five target groups identified by Health Canada (OOMY, Aboriginal, Women, Seniors and DWI offenders) were outlined in the funding guidelines for the Community Support Program (CSP), as well as National Health Research and Development Program (NHRDP)'s research guidelines. MSB later developed funding guidelines for its off-reserve funding program, which specifically state that youth are to be the target of funded activities. On-reserve activities were also intended to target youth.

Some interviewees noted that, in retrospect, the need for a transition period at the beginning of Phase II should have been more clearly recognized and accommodated, given the magnitude of the impact shifting to targeting high risk population groups had for the department.

---

[18] According to Health Canada officials, solvent abuse may include inhaling adhesives (e.g. glue) and aerosols, as well as solvents; a more encompassing term is "inhalants."

2. Rationale for Changes

The MC indicated that high risk groups were to be targeted to prevent them from becoming more socially marginalized (within the context of reducting substance abuse related harm or risk of harm). The MC cites the high usage of prescription drugs such as tranquilizers, sedatives and narcotic analgesics in Canada, the high proportion of substance abuse related morbidity and mortality among Aboriginal people, the high levels of risk of substance abuse associated with street kids, and the evidence of a growing need for interventions with families.

3. Changes Actually Made

Phase II prevention activities targeted each of the specified groups, but the level of knowledge on each target group was uneven, and the changes that were made in programming reflected the necessarily iterative process of developing knowledge, building partnerships and identifying effective strategies for each group, and then implementing and fine-tuning them.

As a result, the actual emphasis on each target group differed under Phase II, according to the availability of knowledge, the existence of related Initiatives, and the needs identified by communities. According to our evaluation field work, in the end, OOMY received the most attention, followed by Aboriginal people. Seniors and women were less emphasized, while DWI offenders were the least focused on group, given that Justice Canada had assumed lead responsibility for this target group.

a. OOMY

OOMY received the most immediate attention under CDS Phase II primarily because a good knowledge base had already been developed on this group through work done under concurrent federal initiatives such as the Child Development Initiative. Consequently, Health Canada began its own research and consultation on OOMY and were able to target OOMY activities early in Phase II. This emphasis continued throughout the Initiative, particularly through specific research initiatives and the national and regional components of the CSP.

b. Aboriginal

On and off reserve aboriginal communities also received significant attention under Phase II. The seriousness of substance abuse for these communities was already widely understood and acknowledged prior to Phase II. Therefore, the focus was on partnership building and program development rather than research. Funding for on-reserve aboriginal communities which had been in place prior to CDS Phase II was continued, with a stated emphasis on youth

activities. As well, Phase II brought in new funding aimed at Métis, Inuit, and off-reserve First Nations community members, a first-time focus on this population. The community funding program had a specific focus on off-reserve youth and substance abuse, including solvent abuse. Two nationally coordinated projects also targeted on and off reserve populations.

c. Women

Under Phase II, there was some basic research conducted related to women and substance abuse, but there was a much larger focus on demonstration projects targeted to specific populations of women (e.g. immigrant women, Aboriginal women). Our evaluation field work interviews suggest that CDS Phase II work on women's substance abuse issues was informed by concurrent work being conducted on women's health issues generally (via the emerging women's health initiative) and specific initiatives such as the Tobacco Demand Reduction Strategy (TDRS), and vice versa.

d. Seniors

The emphasis in the area of seniors was primarily on the dissemination of key research findings about seniors and medication and alcohol abuse. This group became a focus for Health Canada much later in the Strategy, and benefited from concurrent work under the Seniors Strategy.

e. DWI

There were very few community level projects focusing directly on DWI. In part this is because Justice Canada was identified as the lead department on DWI issues and that Transport Canada had adopted anational strategy on impaired driving (STRID). Nationally, Health Canada collaborated with Transport Canada, Justice Canada, and the provinces/territories to further develop the knowledge base re: effective prevention programming for DWI offenders.

4. Impact of Changes on Program Effectiveness

Innovative Methods, New Synergy, Improved Relevance in Delivery

Opinions and anecdotal evidence gathered during the evaluation field work suggest that the targeting of prevention programming improved program effectiveness. These observations were linked to the fact that targeted programming tended to require consultations with target group organizations and members, as well as the implementation of innovative program strategies, and the setting up of new linkages within communities. The resulting programs addressed the specific needs of high risk groups and appeared to be more effective than broad, mainstream strategies, for

example social marketing, which was considered either inappropriate or irrelevant for certain groups.

There was a strong sense among interviewees that CDS Phase II ultimately became an important forum for discussion, national direction setting and coherent policy building, particularly with regard to high risk populations. They also cited the increased knowledge base on high risk groups and its connection to improving program design and delivery for these groups.

Lessons Learned

Interviewees cited numerous positive lessons learned about addressing the needs of high risk groups, including the centrality of target groups empowerment and involvement, the importance of intersectoral collaboration, and the need for long-term commitment to creating solutions. Concerns about targeting Aboriginal populations focused on the lack of adequate infrastructure for program development and the absence of a systemic approach to community development and self-government.

While there were some concerns about the definitions of target groups, there was overall consensus that the target groups were, and continue to be, relevant. Many were concerned, however, that the gains made within the target populations may be short-lived without renewed resources.

Evaluation Concerns

There was some concern, which we share, about the failure of CDS Phase II to adequately measure the effectiveness of targeted programming. The problem appears to be linked to an insufficient time frame for developing, implementing and then capturing knowledge from the new programming, as well as to the fact that CDS is not being renewed just at the point when the impacts of new types of programming might begin be measured. Health Canada program officials indicate that time pressures precluded the planning and development of project-level evaluation frameworks; obtaining relevant baseline data also posed difficulties.

At the same time, it does not appear that CDS Phase II incorporated stringent evaluation requirements into its prevention programming activities. Therefore, there appears to be little documented information available about the outcomes of programs/projects. It is also important to recognize that there are clearly constraints and difficulties in evaluating the outcomes of new programs that seek to effect behavioural change. Adequate time and resources are required to properly evaluate such programs. This may be particularly true given the many hard-to-reach target populations under CDS Phase II, where traditional evaluation methods may be inadequate or inappropriate.

CONCLUSION: Phase II targeted five high risk populations: OOMY, Aboriginal People, Women, Seniors and DWI offenders, based on sound rationale. OOMY and Aboriginal peoples received the most attention (including a first-time focus for Health Canada substance abuse programming for off-reserve populations), followed by seniors and women. DWI was a justifiably secondary focus for Health Canada. In retrospect, the time to accommodate the shift to high risk should could have been better recognized and accommodated within the CDS.

The targeting strategy resulted in positive impacts, including: innovation, new networks and synergy, and improved relevancy of programs. At this time, there is little outcome data available to objectively detail impacts.

B. Coordination and Cooperation

1. How were coordination and co-operation to be improved within Health Canada and between Health Canada and other federal departments and partners of the federal government?

In practice, the main coordination mechanisms for the CDS Phase II as a whole included the CDSS[19] and the interdepartmental coordination committee mechanisms: the CDS Interdepartmental Working Group/Committee and the ADM Steering Committee.

It is difficult, however, to describe the intended improvements to coordination intended under Phase II because no coordination goals were officially defined, a situation which ultimately led to differing perceptions/expectations and confusion concerning expected coordination roles under CDS.

Within Health Canada, for example, there was a lack of clarity with respect to the role of the CDSS for departmental coordination. While some perceived CDSS as a voice for Health Canada, others considered it to be only a voice for the CDS interdepartmentally. In particular, it was not clear what role CDSS was to play in terms of coordination of Health Canada's program areas under Phase II; and there

[19] The TB Submission indicated that the CDSS was to provide coordination within and across departments. CDSS was to liaise with federal and private partners; be main point of information exchange for CDS partners; support CDS symposia, etc; represent the federal government on substance abuse; provide policy advice; obtain consensus on goals, objectives measurement for evaluation; and support CDS committees.

appears to have been resistance to CDSS involvement in coordination at the program level within Health Canada.

At the interdepartmental level, there was also a lack of clarity as to the role CDSS was supposed to play in terms of coordinating the federal initiatives under Phase II, as well as a limited understanding of the role of CDSS within Health Canada.

In addition, our evaluation field work suggests that for those within and outside Health Canada, the respective roles of CDSS and CCSA appear to have been somewhat blurred. This finding is consistent with the findings of the CCSA evaluation conducted in 1993.

2. What actions were actually taken to make improvements to coordination and cooperation?

Despite the lack of official definition for overall coordination goals, actions were taken to improve coordination under CDS Phase II. Coordination mechanisms were established at all levels, from senior-level committees to task or issue-oriented committees, FPT forums (informal), etc[20]. These mechanisms operated with varying degrees of effectiveness.

Strategic Level Coordination

Our evaluation field work indicates that at the strategic level, the CDS interdepartmental and ADM steering committees tended to be less effective than were bilateral committees and other mechanisms established around specific issues or tasks. For example, an attempt, led by CDSS, to have all federal CDS partners reach consensus on coordination goals failed, a situation which made it very difficult for CDSS to carry out its coordination role. The ADM Steering Committee, for example, has met very infrequently, particularly during the mid to latter stages of the Initiative[21]. The interdepartmental committee also experienced a lack of "buy in" throughout the course of Phase II. There is a perception that the CDS Phase II lacked senior management and political support for coordination at the strategic level, which contributed to the CDSS's credibility problems. A high turnover in players at senior level committees also contributed to problems of continuity.

These findings are generally consistent with the findings of the mid-term review.

---

[20] These mechanisms are documented in the Evaluation Field Work Report, Part 1 - Document Review.

[21] The ADM Steering Committee appears to have met once (June 1996) since December 1994; the next meeting is scheduled for November 1996.

Implementation Level Coordination

At the implementation level, there were some very effective task/issue-specific and resource allocation committee mechanisms established at the departmental and interdepartmental levels.

Within Health Canada's HPPB, the CDS Resource Group was an effective mechanism for developing a Strategic Plan, allocating resources, and ensuring linkages were developed with MSB and with other Health Canada Initiatives such as the AIDS Strategy, the Seniors Strategy, the Child Development Initiative, the Tobacco Demand Reduction Strategy and the Family Violence Initiative.

There were numerous examples of coordination between Health Canada and its partners at the national and regional levels, including national organizations, provincial agencies and governments and community agencies and groups. Much of the coordination with partners focused on issue/target-group coordination. There was extensive involvement of partners in the selection, design and implementation of national projects, and ample evidence of regional interaction/coordination, particularly under the CSP and the community funding program coordinated by MSB.

Representatives of national on and off-reserve organizations met for the first time ever to discuss strategic directions for substance abuse programming. As well, there were significant and timely forums on women's issues and on seniors issues which brought together all the relevant players at the national level. In some regions, the CSP program established regional level project selection committees, including some representatives of the target groups, and there was evidence of effective coordination and information-sharing between the regions involved in implementing CSP.

At the interdepartmental level, task-specific committees were established with other Federal Departments. Interviews with federal officials revealed that the Health and Enforcement in Partnership Committee (HEP), as well as committees devoted to collaborative work on OOMY projects, driving while impaired, Bill C-8 (the Controlled Drug and Substances Act) and Canada's international role in the area of substance abuse (within United Nations and Organization of American States forums in particular) were especially productive.

At the international level under Phase II, Health Canada was an active player in placing demand reduction on the international agenda and encourage a more balanced approach to demand/supply reduction internationally.

3. What impacts have actions had on the effectiveness with which programs have met their objectives?

At the Strategic Level

Given the absence of consensus on coordination goals and the subsequent lack of activity and effective participation in interdepartmental level strategic coordination mechanisms, it seems evident that the CDS Phase II suffered from a lack of effective overall strategic direction. The lack of leadership, support and overall vision at the federal level rendered strategic coordination of CDS Phase II difficult, if not impossible. The evaluation field work report further indicates that the CDS did not achieve a national presence or profile.

The lack of clarity for CDSS's federal coordination role was compounded by the fact that CCSA appears to have adopted an important national level networking and policy development role, in effect becoming perceived as the *de facto* coordination body at the national level.

There has also been some disparity between the national and international perceptions of Canada's Drug Strategy. For example, there is a perception that, despite a lack of cohesion at the national level, Canada's Drug Strategy was promoted and accepted as a state-of-the-art Initiative at the international level. In fact, Canada's harm reduction position, and its efforts to balance supply and demand reduction, appear to be highly regarded internationally.

At the Program Implementation Level

Despite problems with strategic direction and coordination, CDS Phase II has been a good illustration of how important task-oriented coordination is to program effectiveness. The mechanisms established under Phase II to address the needs of specific target groups, issues and programs were developed on an as-needed basis. Furthermore, an inclusive, partnership approach was evident, in which the appropriate players and representatives (e.g. of national organizations, provincial and community level agencies, other federal or provincial departments or Initiatives, etc.) were brought in to provide input and share information. This happened at the departmental level (e.g. CDS Resource Committee, MSB-OADD collaboration on Aboriginal issues, collaboration with other Initiatives such as AIDS), at the interdepartmental level (e.g. the DWI Committee), regionally (CSP project selection committees), and at the community level (new partnerships between agencies and community groups to implement CSP projects).

In fact, most interviewees felt that program level coordination had improved under Phase II within Health Canada, across federal departments and with other levels of government and partners. The improved coordination led to better understanding and

balance between prevention and law enforcement and control perspectives, information development, more synergy and improved programs.

Is On-going Coordination Needed?

Both federal officials and external partners support an on-going federal role in coordinating substance abuse issues. Federal officials stressed that coordination is needed if the federal government wants to ensure the effectiveness of federal activity on substance abuse, and wants to lend support for the creation of new knowledge, attitudes, approaches and support for collaborative work across and within departments. At the same time, most federal officials recognized there must be a funding strategy for substance abuse i.e. something to coordinate. Others suggested that given scarcer resources, it is necessary to re-prioritize and develop new approaches based on what can be done within those constraints - not what's needed overall.

Similarly, all external partner interviewees stressed that on-going national coordination is required and vital - even if the CDS is not renewed. Most external partners indicated that the preferred route for coordination is via the federal level (within Health Canada). Several suggested "arms-length" alternatives to Health Canada (for example, the Canadian Centre on Substance Abuse). "Arms-length" coordination was mentioned as a pre-requisite to attaining greater credibility in the aboriginal community.

Federal officials noted that support of senior management is essential to making coordination work, noting that some form of either federal interdepartmental or departmental committee/working group could maintain on-going coordination. Such a mechanism would need to balance supply and demand reduction, and involve more power-sharing between Health Canada and its federal partners. It was further suggested that:

- an independent, non-programming body could chair such a mechanism
- the group mandated with coordination should also have substantive expertise in substance abuse, and
- community groups could be involved in coordination.

Non-CDS Factors Impacting the Effectiveness of Coordination

There were, however, significant non-CDS factors which impacted on coordination under Phase II.

At the national level, the dismantling of the FPT Committee on Alcohol and Other Drug Problems also made it difficult to coordinate national and provincial/territorial activities. Informal FPT contacts have maintained some of these important links and provided a means to continue to share information. Work is also ongoing in several other issue-specific FPT forums.

The implementation of the CSP program in the regions experienced significant difficulties due to provincial health care reform processes and the dismantling of many provincial substance abuse agencies. It was difficult to coordinate with provinces due to structural changes, staff turnover and general uncertainty about program and policy in the area of substance abuse.

At the federal level, the reorganization of federal departments in 1993, plus the ongoing restructuring process within Health Canada since that time has had a negative impact on coordination under Phase II. As stated previously, the CDSS was moved several times within Health Canada during Phase II. Later, it underwent a name change to coincide with the dismantling of federal Secretariats. Finally, the CDSS was disbanded altogether in early 1996 - one year prior to the end of Phase II. The apparent rationale was that resources would be better devoted to the implementation of the Population Health Approach within Health Canada.[22]

It is also important to note that the implementation of the new Population Health model for health policy and program development within Health Canada is still underway and there are indications that many individuals within and outside of the Department remain uncertain as to the meaning and implications of Population Health for substance abuse programming. There is concern that in practice, attention to substance abuse issues will become too diffused.

CONCLUSION: Strategic coordination did not improve significantly subsequent to the mid-term review. Implementation coordination on specific issues or target groups was, however, generally successful at the working level within Health Canada (including with external partners), and with other federal departments. F/P/T coordination at strategic and program implementation levels was hampered during the course of the strategy (primarily by non-CDS factors), and thus limited the effectiveness of coordination overall. Federal officials and external partners support on-going federal level coordination on substance abuse issues.

---

[22] HPPB staff note, "in terms of its reduced status within the Department (and concomitantly interdepartmentally) and the impending sunsetting of CDS Phase II as of March 31, 1997, Canada's Drug Strategy Secretariat (CDSS) was disbanded as it was no longer serving any effective coordinative function."

C. Information Base

1. What improvements to the information base did Health Canada intend to bring about?

One of the main purposes of Canada's Drug Strategy (CDS) was to improve the information base on alcohol and other drug related issues. Under CDS Phase II, Health Canada's role has been to upgrade information technologies and enhance database development. Improvements to the information base are intended to enhance the effectiveness of existing CDS programs and to improve cost efficiency.

It was intended that research would concentrate on high risk groups, especially youth (including street youth and drop-outs), women and Aboriginal people.

In addition, provisions were made to continue funding the CCSA, to carry out a follow-up, enhanced survey to the National Alcohol and Other Drugs Survey, and to continue the development and enhancement of the NARCON system (which monitors the movement of licit drugs and monitors the consumption of drugs by individuals).

2. Actual Improvements

The types of activities undertaken to enhance the information base ranged from traditional quantitative research (e.g. surveys) to ethnographic qualitative research and consultations aimed at defining the needs of target groups.

Detailed information on these activities is contained in the Evaluation Field Work Report, Part I. Interviewees most frequently cited the CCSA Costs of Substance Abuse Study, the Canada's Alcohol and Other Drugs Survey, and the Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use - Emergency Room Data Project as the most significant accomplishments.

While the general view is that the amount of information relating to substance abuse has increased in the last few years, many interviewees outside the federal government could not attribute that increase to CDS activities (noting that many CDS Phase II reports were only recently released). On the other hand, the CCSA was cited as a key information resource, contributing to the dissemination of information through its publications, on-line services, discussions, meetings and research studies. The availability of information on the Internet (especially through the CCSA) was cited as a particularly useful innovation, with the proviso that other dissemination strategies and media must still be used to ensure universal access.

Interviewees within Health Canada and in partner departments pointed to improvements in information related to high risk groups (including a stronger focus on

qualitative research methodologies), and general trend information, as well as the enhanced accessibility of information through database improvements.

The enhancements to the NARCON system have resulted in improvements in the way methadone is dispensed.

The Evaluation Field Work Report - Parts III and IV also note a number of information gaps that could also be addressed.

3. How did Health Canada use this information and the information from other sources that benefited from Canada's Drug Strategy?

Our evaluation field work interviews suggest that information networks and products (where known) supported through the CDS Phase II Health Canada component have, in a general way, contributed to policy and program development on substance abuse issues at community, regional, national, and international levels.

At the national level, the consultations undertaken by Health Canada during the first year of the Strategy to re-focus activities towards target populations filled in some knowledge gaps and allowed the department to concentrate on priority areas. Such experiential data was intended to be supplemented by traditional quantitative data to be obtained through surveys such as CADS, which provided trend data on specific target populations.

4. What effects did the use of this information have on Health Canada's Programming?

Research (conducted under the CDS and by independent researchers) has confirmed that the scope of the substance abuse problem remains very broad (see Evaluation Field Work Report, Part II), and that the high risk groups targeted by Phase II continue to be worthy of significant attention. However, there is some concern that the emphasis on high risk groups has meant a lack of attention to general prevention activities aimed at the general population. There are fears that there may be a resurgence of substance abuse among non-high risk groups as a result.

The Costs of Substance Abuse study has also raised awareness of the financial and societal impacts of substance abuse, and the need for on-going policy and program work within Canada. Since the decision to not pursue renewal of the Health Canada component of the CDS is widely known, interviewees feel disillusioned and concerned that the information gathered in this study is not being used to inform national policy or action. Similarly, there are concerns that survey data will have a limited impact if it is not updated regularly. Many interviewees indicated that these kinds of studies can only be carried out on a national basis by the federal government, and this is a legitimate role for it to play.

CONCLUSION: The breadth and amount of information available related to substance abuse in Canada has been enhanced during the course of CDS Phase II. However there is concern that these gains may be short-lived if they are not regularly updated. Federal officials and external partners view collecting and disseminating national level information on substance abuse as an appropriate federal role.

D. Resources

1. What Increased Resources Health Canada was to receive from the Canada Drug Strategy?

At its inception in 1992, the Health and Welfare component of the CDS was to receive a total of $191,350,000 over the period from 1992/93 to 1996/97. Starting in 1993, these funds were reduced as a result of reductions in Grants and Contributions and other budget cuts. Also in that year, a major re-organization of government departments resulted in the transfer of Fitness and Amateur Sport ($2M) and Alcohol and Drug Treatment and Rehabilitation ($77.5M) components to other departments. The table below shows the variance between the funds originally allocated to the CDS (for those components that remain within Health Canada), and those that were finally available in each year of the Initiative. Note that figures are in millions of dollars, and include salary dollars. It is also notable that the actual expenditures appear to have been 71% of the originally approved funding levels.

	92/93	93/94	94/95	95/96	96/97	TOTAL
Approved 1992						
Health Serv. & Promotion	13.4	17.9	17.9	16.4	16.4	82
Health Protection	0.17	2.37	2.37	2.37	2.37	9.65
Medical Services	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	12.5
Policy Planning & Info.	1	1	1	1	1	5
TOTAL	17.07	23.77	23.77	22.27	22.27	109.15
Actual (92-96) & Current budget (96-97)						
Health Serv. & Promotion	13.4	15.5	14.7	12.5	3.2	59.2
Health Protection	0.17	1.2	0.8	0.4	0.17	2.74
Medical Services	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	12.5
Secretariat	0.6	0.6	0.9	0.6		2.7
TOTAL	16.67	19.7	18.9	16	5.87	77.14
Variances:						
Health Serv. & Promotion	0	2.5	3.2	3.9	13.2	22.8
Health Protection	0	1.17	1.57	1.97	2.2	6.91
Medical Services	0	0	0	0	0	0
Secretariat	0.4	0.4	0.1	0.4	1	2.3
TOTAL VARIANCE	0.4	3.97	4.87	6.27	16.4	32.01

We do not believe it would add significant value to this evaluation to try to reconstruct the details of the various budget cuts that resulted in the allocation shown above. It is noteworthy however that, from an original allocation of $22.3M slated for 1995/96, the funding level had dropped by $16M[23] to $5.9M.

[23] Note that the Secretariat was disbanded at the end of 1996 and its budget ($1M) was cut.

Staffing Levels

The original allocation of FTEs was:

Health Services and Promotion	15/year
Health Protection	21/year
Medical Services	--
Secretariat	5/year

This would have resulted in a total of 205 FTEs. As a result of budget cuts between 1992-93 and 1996-97, it appears that the actual utilization was 104. Most of that reduction can be attributed to the Health Protection Branch, which used 32 FTEs rather than 105.

Impact of Budget Cuts

There is no question that the series of budget cuts (amounting to 30% over the life of the CDS) have had a negative impact on Health Canada. The largest cuts occurred in the latter years of the Strategy, at a time when the results of earlier research and activities might be expected to affect programming, strategic directions, etc.

There is also a concern, common to most organizations that experience cuts in their human resources, that valuable expertise is being lost.

2. How were these resources actually used?

Targeting of Funds

Specific projects were targeted to specific target populations primarily within the Health Promotion and Programs Branch. The Medical Services Branch targets only Aboriginal people, on and off-reserve, primarily youth (although at least Alberta Region also targets seniors). The Health Protection Branch did not identify its activities according to target groups (nor were its activities amenable to this sort of breakdown).

We developed the chart below from a number of sources, including project descriptions and yearly workplans. We were unable to obtain definitive data from the Programs on project targeting, because none maintain an electronic database from which targeting data could be extracted. We did not attempt to reconstruct the targeting for all the activities undertaken by the Programs over the last five years. Rather we reviewed a sample of project descriptions and workplans representing 16% of CDS Health Canada funds. Over 90% of those projects were targeted to specific populations. Within that sample:

- Youth were the primary target of the Health Canada projects (43.9% of funds)

- Aboriginal groups, women and seniors each got between 16%-21% of project funds (not including the funds allocated to Medical Services Branch).

- DWI projects were not a high priority, representing about 3.2% of projects and project funds.

While we recognize that some projects had overlapping targets, e.g. Aboriginal Seniors, the main target is reflected in the figures below.

	Youth	Women	Seniors	Abor.	DWI	Unknown [24]	TOTAL
Actual (92-96) & Current budget (96-97)							
Health Serv. & Promotion	5.9	2.2	2.5	2.9	0.4	45.3	59.2
Health Protection						2.74	2.74
Medical Services				12.5			12.5
Secretariat						2.7	2.7
TOTAL	5.9	2.2	2.5	15.4	0.4	50.74	77.14
Expressed as percent	7.6%	2.9%	3.2%	20.0%	0.5%	65.8%	

Re-distribution of Funds

The major re-organizations that have taken place at Health Canada and within government departments have resulted in considerable re-allocation of CDS funds between organizational units. However, such funds, within Health Canada, do not appear to have been allocated to activities other than CDS. However, it is very difficult to ascertain this with any certainty, given that, in many cases, CDS funds were additional to funds already allocated to pre-existing activities and were not tracked by collator code across the department.

[24] Program officials note that targetting of all acitivities took place, however this information was not in a readily accessible format. As we are relatively confident that appropriate targetting did take place, it was ascertained that it would not be efficient use of resources to request more detailed informaiton.

3. Impact of Increased Resources on Programming

There is ample evidence that much activity has taken place using CDS resources. In other words, CDS funds were instrumental in allowing many activities to take place (e.g. surveys and other research, networking). The timing of activities however is such that the positive impact on programming could not be maximized. That is:

- during the first year of any such strategy, the time tends to be consumed by planning and organizational tasks;
- the second and third years are taken up with implementing research and pilot projects which are intended to yield substantive information; and
- in the final years, the results of research and pilot projects are incorporated into programming.

In the case of the CDS, budget cuts occurred from the outset, with the most important cuts taking place in the final years. In 1995/96 and 1996/97, the budget was reduced by a total of $22.7M or 25% of the original amounts. Thus, significant reductions occurred just as the results of research became available and might be expected to impact most significantly on Health Canada programming.

4. Impact of Non-Renewal

Many concerns, about coordination, programming and the information base, were expressed by both federal officials and external partners relating to the non-renewal of resources targeting substance abuse (see the Evaluation Field Work Report, Parts III and IV).

External partners in general stressed that the impetus created by the CDS Phase II will be lost. Federal officials, substance abuse experts, and international officials were able to provide more detail on the impact of non-renewal. Two main themes emerge from their comments: first, they believe that Canada's credibility, both nationally and internationally, will suffer from the reduced visibility and focus that will result; and, second, they are concerned that demand reduction efforts will be overshadowed by supply reduction and law enforcement efforts.

Some federal officials and some external partners expressed concerns that the focus on substance abuse issues may be diluted under the Population Health Model, and that the non-renewal of funding for the CCSA would have serious impacts on knowledge development and sharing.

Much of the research undertaken during Phase II dealt with defining the nature and parameters of the substance abuse problem as it affects target populations. Future efforts can potentially be based on this data, but research will need to continue to

gauge the effectiveness of new strategies, priorities and activities. Non-renewal may mean that such on-going monitoring will not be possible.

CONCLUSION: Due to budget cuts, Health Canada's CDS Phase II expenditures were only 71% of the originally approved funding levels. The largest cuts occurred in the latter part of the CDS, when the results of earlier research and activities might be expected to have an impact on programming. Funds were justifiably and reasonably allocated amongst target groups of the strategy. CDS Phase II dollars enabled many new and enhanced activities to take place, however the timing of activities may have limited the degree of impact achieved on actual programming. Federal officials and external partners believe that non-renewal of the Health Canada component of the CDS will reduce Canada's credibility in dealing with substance abuse nationally and internationally, and will significantly diminish demand reduction efforts in favour of supply reduction through law enforcement and control.

III. OVER-ARCHING FINDINGS AND CONCLUSIONS

1. Expectations of CDS Phase II - Health Canada Component

In the final analysis, the CDS Phase II Health Component must be viewed as a short-term initiative addressing a deeply-rooted, complex problem. Expectations of its achievements must be tempered by this fact.

It must also be noted that Phase II included a significant change in the direction of prevention programming because it identified new targets for which traditional prevention programming strategies were not appropriate. Achieving a shift of this nature - and the attendant new conceptual frameworks, new research methods, program delivery strategies, etc. -- is a significant accomplishment in itself.

We have found that Health Canada made important strides in all target group areas, in advancing the knowledge base on substance abuse programming, and in strengthening drug control measures. These strides were made despite problems experienced in strategic coordination and the fact that its funding was reduced by 30% over the course of the Strategy.

The CCSA Costs of Substance Abuse Study has clearly demonstrated that a continued, sustained effort to reduce harm caused by substance abuse is needed. We must conclude that short-term initiatives such as the CDS Phase II are useful in that they inspire a higher sense of priority for a certain issue; at the same time, they hold inherent disadvantages in addressing an issue such as substance abuse, that is

widely recognized to require a longer-term intervention than time-limited initiative funding will allow.

It is also evident from the Evaluation Field Work that a longer-term federal commitment in addressing substance abuse is supported by both federal officials and external partners.

2. Model of Coordination - Lessons Learned

Interdepartmental and intersectoral coordination and collaboration involves working together on an issue of mutual concern. It may involve a range of activities - information-sharing, joint project ventures, legislation/policy development, etc. It is widely assumed that coordination and collaboration will yield an optimal use of resources, better products, programs and services - all built on a common ground. But it can only accomplish these results if there is a common purpose, a willingness amongst all parties to listen and share ideas, commitment and support, sufficient resources and infrastructure, and effective management of the process.

CDS Phase II coordination was relatively ineffective at the strategic level because it did not have the necessary ingredients for success: although there was agreement via the TB submission on the general direction of the strategy (i.e. the harm reduction model, balancing and integrating demand and supply reduction measures), the purpose of strategic level coordination was not articulated or endorsed; the CDSS mandate for coordination was neither adequately defined nor accorded sufficient authority to effectively manage the process; and there was insufficient "buy-in" amongst the players as to the need and purpose of coordination. The dismantling of provincial/territorial infrastructures to deal with substance abuse further impaired the concept of coordination/partnership that was envisioned in the strategy. Health Canada's departmental reorganization further contributed to strategic level coordination problems.

CDS Phase II achieved greater success in coordination on specific tasks or issues, than on the broad strategy itself, because the success factors outlined above were in place.

It is evident from the Evaluation Field Work Report that a federal role in coordinating substance abuse issues is supported by both federal officials and external partners.

3. Sustainability of CDS Phase II Progress

The CDS Phase II Health Canada Component made a considerable investment in research and program development, and information and monitoring systems. In many areas, Health Canada is now poised to reap benefits from the knowledge gained - however it is feared that this will be not be the case due to non-renewal.

There are also concerns that the sunsetting of the Health Canada component of the CDS will not only leave a void but see the balance in the federal harm reduction policy list too far in the direction of supply reduction, and that Canada's international credibility will also suffer.

4. Substance Abuse and the Population Health Model

Throughout the evaluation process, people we spoke with expressed concern as to whether the Population Health Model is a viable model for addressing substance abuse issues at a practical level. It is unclear whether these concerns are based on an accurate understanding of how the Population Health Model will work in practice.

5. Accountability and Evaluation

It is increasingly important for governments to be accountable for public monies, and to use public monies in as cost-effective a way as possible. The CDS Phase II evidenced some weaknesses in this area, that can and should be addressed in any future initiatives related to substance abuse. Simple measures, like adding financial codes to track initiative dollars, would be useful for everyday management and accountability purposes. Indeed, one of the lessons learned for future initiatives is the need to negotiate up front with all the managers and potential users of financial information (including evaluators) as to what kinds of financial information needs to be collected, the format in and frequency with which it should be collected and analyzed.

There also seems to be a need to invest some resources into building evaluation measures and techniques that are usable at the project level, so that decision-makers can acquire a more concrete sense of the results of programs. This investment is essential for new program development areas, where traditional techniques may be insufficient.

6. Resources - the case for horizontal funding

The rationale behind the creation of special initiatives and strategies is the need to coordinate efforts across hierarchical and departmental lines. Thus, Cabinet identifies a priority issue, and allocates funds earmarked to address it, often specifying which departments will be involved, and what activities will be undertaken.

This process usually creates its own bureaucracy and structures, such as secretariats, coordinating committees, special ad hoc committees, evaluation committees, etc. When a department is involved in several initiatives, these structures often overlap and duplicate some of the same functions. There are therefore inefficiencies inherent in the concept of special inter-disciplinary or inter-sectoral initiatives.

Nevertheless, there are also efficiencies resulting from a coordinated approach to a single problem, involving several government departments. The inter-disciplinary nature of the approach is also an advantage, ensuring that the same priority issue is addressed in a coordinated way from several perspectives.

It is important that a fully horizontal approach be adopted to funding at the departmental level as well as interdepartmental levels. Health Canada's CDS Resource Group in HPPB appears to have been a useful mechanism to negotiate and establish departmental priorities; it is important that financial administration systems within the various branches develop the flexibility to accommodate a horizontal funding approach for the department's priorities as a whole.

Health Canada Santé Canada

Evaluation Group

Strategic Planning and Review Directorate

Policy and Consultation Branch

Groupe de l'évaluation

Direction de la planification stratégique et de l'examen

Direction générale des politiques et de la consultation

ÉVALUATION DE LA COMPOSANTE RELEVANT DE SANTÉ CANADA DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE.

RAPPORT FINAL

decembre 1996

Canada

MISSION STATEMENT

The Evaluation Group helps Health Canada serve Canadians better by providing objective information and advice about the effectiveness of departmental activities and services.

ÉNONCÉ DE MISSION

Le Groupe de l'évaluation aide Santé Canada à mieux servir les Canadiens et les Canadiennes en offrant une information et des conseils objectifs sur l'efficacité des activités et des services du Ministère.

ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE

SANTÉ CANADA

RAPPORT FINAL

Préparé par le
Groupe d'évaluation
Direction de la planification stratégique et de l'examen
Santé Canada

par Jamieson, Beals Lalonde & Associates
Contrat n° H1021-6-09632

Le 18 décembre 1996

This document has been prepared by Jamieson Beals Lalonde & Associates. The analysis, conclusions and recommendations in this document are those of Jamieson Beals Lalonde & Associates and do not necessarily reflect the views or policies of Health Canada or the Government of Canada.

Ce document a été préparé par Jamieson Beals Lalonde & Associates. L'analyse, les conclusions et les recommandations sont celles de Jamieson Beals Lalonde & Associates et ne reflètent pas nécessairement les points de vue ou les politiques de Santé Canada ou du gouvernement du Canada.

PRÉFACE

Le présent rapport d'évaluation renferme les principales constatations et conclusions d'une évaluation de la composante relevant de Santé Canada de la phase II de la Stratégie canadienne antidrogue.

Les résultats de notre enquête sur le terrain sont contenus dans un document connexe, le rapport d'enquête.

I. INTRODUCTION

A. Contexte de l'étude

La Stratégie canadienne antidrogue, phase II (phase II de la SCA) est une initiative interministérielle quinquennale approuvée par le Cabinet le 17 mars 1992 qui vise à réduire le tort causé aux individus, aux familles et aux collectivités par l'alcool et les autres drogues. Sept ministères fédéraux participent à la phase II de la SCA, dont Santé Canada, dans un effort pour améliorer la coordination fédérale et renforcer les programmes de lutte contre l'alcool et les autres drogues dans les secteurs de la prévention, du traitement et de la réadaptation, ainsi que de l'application de la loi et du contrôle. La phase II de la SCA tire parti des réalisations fédérales dans le cadre de la phase I et a notamment pour objet la conduite avec les facultés affaiblies (lequel relevait auparavant du Programme national de lutte contre la conduite avec facultés affaiblies qui coexistait avec la phase I de la SCA).

La phase II de la SCA devait initialement bénéficier de 270 millions de dollars pour cinq ans (1992-1993 à 1996-1997), et Santé et Bien-être social devait pour sa part recevoir 190 millions de dollars. En 1993, Santé et Bien-être social a été aboli dans le cadre d'une réorganisation à la grandeur du gouvernement. Un nouveau ministère, Santé Canada, a été investi de la plupart des responsabilités de la phase II de la SCA.[1] Sur l'ensemble de la période de la Stratégie, les fonds de Santé Canada ont été réduits de 30 p. 100. L'essentiel des coupes a été pratiqué au cours des dernières années de la Stratégie, lorsque les résultats de recherches et d'activités antérieures auraient pu normalement modifier l'orientation stratégique et les programmes. Finalement, la composante Santé Canada de la phase II de la SCA aura bénéficié de 77 millions de dollars pendant les cinq années qu'elle a duré, ce qui représente moins de 1 p. 100 des coûts annuels estimatifs de l'abus d'alcool et de drogues au Canada (18,45 milliards de dollars par année).[2]

Sous sa forme actuelle, la SCA se termine à la fin de l'exercice financier 1996-1997. En mars 1996, il a été décidé de ne pas renouveler la composante Santé Canada. Ce ministère a aboli le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue (SSCA),

---

[1] Santé Canada a conservé les anciennes responsabilités de Santé et Bien-être social à l'égard des programmes de prévention ainsi que des activités d'application de la loi et de contrôle associées à la fonction de protection de la santé du ministère; le Programme de traitement et de réadaptation des alcooliques et des toxicomanes a été transféré à Développement des ressources humaines Canada, ce qui a réduit les responsabilités du premier ministère en matière de traitement.

[2] Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (1996), Les coûts de l'abus de substances au Canada. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Sur les coûts totaux de l'abus d'alcool et de drogues, 9,6 milliards de dollars ont été imputés au tabagisme. Comme ce problème ne relève pas de la Stratégie canadienne antidrogue, la comparaison par rapport aux 8,85 autres milliards de dollars que coûtent l'alcool et les drogues illicites serait sans doute plus pertinente. Malgré tout, la composante Santé Canada de la phase II de la SCA, pour cinq ans, représente encore moins de 1 p. 100 du coût annuel estimatif de l'abus d'alcool et de drogues illicites au Canada.

organisme coordonnateur de l'ensemble de la phase II de la SCA, au printemps 1996.

B. But de l'évaluation

Conformément aux exigences du Conseil du Trésor (CT), Santé Canada a publié une demande de proposition pour l'évaluation finale de sa participation à la phase II de la SCA. Les résultats de cette évaluation feront partie de l'évaluation interministérielle coordonnée par Santé Canada. Jamieson, Beals, Lalonde and Associates, Inc. a été chargé par contrat de réaliser cette évaluation, qui fait l'objet du présent rapport.

II. OBJECTIFS DE DEUXIÈME ORDRE : CONSTATATIONS ET CONCLUSIONS DE L'ÉVALUATION

A. Comment la Stratégie canadienne antidrogue devait renforcer les programmes de Santé Canada dans les secteurs de la prévention ainsi que de l'application de la loi et du contrôle

La SCA devait renforcer les programmes de Santé Canada au niveau de la prévention ainsi que de l'application de la loi et du contrôle en visant les populations à risque, en améliorant la coordination, en élargissant la base d'information, et en augmentant les ressources pertinentes. Cette approche était judicieusement fondée sur des expériences, des recherches et des consultations de la phase I. L'affectation d'importantes ressources aux programmes de prévention qui avaient été établis au cours de la phase I s'est poursuivie au cours de la phase II, bien que la répartition entre la prévention d'un côté et l'application de la loi et le contrôle de l'autre soit passée de 70 p. 100/30 p. 100 au cours de la phase I à 60/40 p. 100 au cours de la phase II.

Destiné à compléter les efforts provinciaux et territoriaux, la composante Santé Canada de la phase II de la SCA reposait sur l'hypothèse que les gouvernements provinciaux et territoriaux continueraient de jouer un rôle de premier plan dans les programmes de prévention primaire[3] de l'abus d'alcool et de drogues.

[3]La prévention primaire vise les individus qui ne sont pas encore à risque (c'est-à-dire qui n'ont pas commencé à consommer) ou, comme dans le cas des buveurs modérés, qui sont peu à risque. La prévention secondaire vise les individus à risque pour l'abus d'alcool ou de drogues, ou qui ont souffert de certaines conséquences de la consommation de ces substances (Mann, Robert, Reginald Smart, Lise Anglin, and Edward Adlaf. "Does targeted prevention work? Evidence from recent trends in alcohol problems in Ontario," Journal of Alcohol and Drug Education, 1995, 41.).

B. Comment la Stratégie canadienne antidrogue a changé les programmes de Santé Canada dans les secteurs de la prévention ainsi que de l'application de la loi et du contrôle

Santé Canada a formé de nouveaux partenariats et a mis au point des méthodes et des stratégies innovatrices de création de programmes destinés à répondre aux besoins de populations à risque ou difficiles à atteindre. Santé Canada a amélioré les mesures fédérales de contrôle des drogues licites et illicites en légiférant et en améliorant les systèmes de contrôle (le système NARCON). Ces mesures ont été prises conformément aux obligations internationales du Canada en matière de lutte antidrogue. La Loi réglementant certaines drogues et autres substances a reçu la sanction royale le 20 juin 1996.

L'élargissement de la base d'information au sein de Santé Canada et par l'entremise du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) a permis de mieux connaître les tendances et les comportements en matière d'alcoolisme et de toxicomanie, particulièrement chez les populations à risque (à l'exception des populations autochtones, qui ont demandé que la priorité soit accordée à la création et à l'exécution de programmes).

C. Rendement des changements aux programmes de prévention ainsi que d'application de la loi et de contrôle de Santé Canada

Les responsables des programmes fédéraux et les partenaires externes estiment que cibler les populations à risque et les faire participer à la conception, à la création et à l'application de programmes aura plus d'effet sur la réduction des méfaits que des programmes destinés à l'ensemble de la population. Néanmoins, aucune recherche objective sur les résultats ne permet de vérifier cette opinion pour l'instant. L'étude du CCLAT, en collaboration avec d'autres organismes, dont Santé Canada, sur les coûts de l'abus de substances a constitué en 1996 une étape importante pour quantifier le coût de l'abus d'alcool et de drogues au Canada.

Les responsables des programmes fédéraux et les partenaires externes craignent que la prévention primaire n'ait diminué au Canada. Pour beaucoup, c'est là une conséquence du retrait du gouvernement fédéral de ce champ d'activité, qui a laissé certaines provinces ou certains territoires sans les ressources ou l'infrastructure pour offrir des programmes de prévention primaire. On a donc le sentiment, et les faits tendent à le démontrer, que les gains réalisés au chapitre de la prévention dans l'ensemble de la population (particulièrement chez la jeunesse en général) sont en train de s'évaporer.

Quant au rôle de Santé Canada en matière d'application de la loi et de contrôle, les fonds de la phase II de la SCA ont rendu possibles des mesures antidrogue

d'avant-garde plus globales, mais il est impossible pour l'instant de se prononcer sur leur rentabilité.

D. Hiérarchie des responsabilités

La hiérarchie des responsabilités dans la composante Santé Canada de la phase II de la SCA, comme dans l'ensemble de la phase II, n'est pas claire. Au niveau interministériel, cette situation est imputée au fait qu'aucun rôle n'a été assigné au SSCA, qui n'avait aucun pouvoir non plus pour faire respecter l'obligation de rendre compte. Au niveau ministériel, la réorganisation massive et les compressions budgétaires successives ont contribué à la confusion de la hiérarchie des responsabilités.

Santé Canada n'a pas surveillé les dépenses de la phase II de la SCA d'une manière uniforme et détaillée.[4]

III. OBJECTIFS DE TROISIÈME ORDRE : CONSTATIONS ET CONCLUSIONS DE L'ÉVALUATION

A. Choix de cibles

La phase II visait fort judicieusement cinq populations à risque : les jeunes marginaux, les autochtones, les femmes, les personnes âgées et les personnes coupables de conduite avec facultés affaiblies. Les jeunes marginaux et les autochtones ont reçu la plus grande attention (étant ciblés pour la première fois dans les programmes de lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies de Santé Canada à l'intention des populations visant hors des réserves), suivies des personnes âgées et des femmes. Santé Canada a accordé, avec raison, une attention secondaire aux personnes coupables de conduite avec facultés affaiblies. En rétrospective, le temps nécessaire pour opérer le changement de cap aurait pu être mieux reconnu et pris en considération dans les attentes à l'égard de la SCA.

Le choix de cibles a eu des résultats positifs, dont l'innovation, la création de nouveaux réseaux, la synergie, ainsi que la pertinence accrue des programmes. À l'heure qu'il est, les données sur les résultats sont trop peu nombreuses pour permettre une analyse objective et détaillée des effets obtenus, des délais insuffisants ayant été prévus dans l'initiative pour mesurer les effets de nouveaux types de programmes. Santé Canada ne semble pas avoir incorporé dans ses programmes de

[4] Bien que le personnel de la DGPPS affirme que les dépenses de la phase II de la SCA ont été contrôlées de façon courante au niveau de la direction générale, il est évident qu'il n'existait pas de système uniforme pour surveiller, de façon uniforme et systématique, les dépenses globales du ministère au titre de la SCA.

prévention des exigences strictes pour leur évaluation, bien qu'il faille reconnaître les contraintes et les difficultés que pose l'évaluation de programmes qui s'adressent à des populations à risque et difficiles à attendre parce que les méthodes d'évaluation traditionnelles peuvent se révéler insuffisantes ou non appropriées.

B. Coordination et coopération

Les principaux mécanismes de coordination pour l'ensemble de la phase II de la SCA comprenaient le SSCA et les comités de coordination interministérielle, soit le groupe de travail ou comité interministériel de la SCA et le comité directeur des SMA. Il est difficile, toutefois, d'indiquer les améliorations prévues au niveau de la coordination pendant la phase II, car aucun objectif n'a été officiellement défini à cet égard, situation qui devait finalement conduire à des perceptions ou à des attentes différentes, et à la confusion quant aux rôles de coordination attendus dans le cadre de la SCA.

La coordination sur le plan stratégique ne s'est pas améliorée pour la peine après l'examen à mi-parcours. La coordination au niveau des programmes s'est poursuivie comme prévu, conformément aux buts globaux de la Stratégie, spécifiés dans la présentation au Conseil du Trésor. Sur le plan de la mise en oeuvre, les efforts de coordination et de coopération relativement à des questions, à des groupes cibles et à des projets particuliers ont dans l'ensemble été fructueux au niveau opérationnel à Santé Canada (y compris avec les partenaires externes), ainsi qu'avec les autres ministères fédéraux. La coordination et la coopération avec des partenaires externes ont porté sur des questions ou des tâches particulières; elles ont eu lieu au niveau national et régional avec des organismes nationaux, des organismes et des ministères provinciaux ou territoriaux, des organismes et des groupes communautaires, des représentants des premières nations, et des organismes autochtones hors des réserves.

La coordination fédérale, provinciale et territoriale au niveau officiel et stratégique et également au niveau des programmes a été quelque peu entravée pendant la durée de la Stratégie (principalement en raison de facteurs indépendants de la SCA), ce qui a donc limité l'efficacité de la coordination globale. Il semble que le personnel des programmes de Santé Canada ait entretenu des relations fédérales-provinciales-territoriales au niveau opérationnel pendant toute la durée de la SCA.

Les représentants fédéraux et les partenaires externes sont en faveur d'une coordination fédérale continue sur les questions de lutte contre l''abus d'alcool et de drogues.

C. Base d'information

L'étendue et la quantité de l'information sur l'abus d'alcool et de drogues au Canada se sont accrues au cours de la phase II de la SCA. Cette information résulte de recherches quantitatives traditionnelles (ex. : enquêtes), de recherches qualitatives et de consultations qui visaient à définir les besoins des groupes cibles. Les représentants fédéraux et les partenaires externes citent l'étude du CCLAT sur les coûts de l'abus de substances, l'Enquête sur l'alcool et les autres drogues au Canada, et le Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies comme leurs plus importantes réalisations.

Cependant, on craint que les gains obtenus ne soient de courte durée si l'information n'est pas mise à jour régulièrement, et si l'on n'applique pas les connaissances nouvelles à la définition des politiques ou des mesures à prendre au niveau national.

Les représentants fédéraux et les partenaires externes considèrent que la collecte et la diffusion d'informations sur l'abus d'alcool et de drogues à l'échelon national sont des rôles fédéraux appropriés.

D. Ressources

Au moment de sa création en 1992, la composante Santé et Bien-être social de la SCA devait bénéficier d'un total de 191 350 000 $ au cours de la période de 1992-1993 à 1996-1997. À compter de 1993, ces fonds se sont mis à diminuer par suite de réductions du budget des subventions et contributions et d'autres coupes budgétaires. La même année, une réorganisation en profondeur de l'appareil gouvernemental a entraîné le transfert de Condition physique et Sport amateur (2 millions de dollars) et du Programme de traitement et de réadaptation des alcooliques et des toxicomanes (77,5 millions de dollars) vers d'autres ministères.

En raison de restrictions budgétaires, les dépenses au titre de la composante Santé Canada de la phase II de la SCA se sont finalement établies à 71 p. 100 seulement des fonds approuvés au départ. Les plus importantes coupes ont été pratiquées au cours des dernières années de la SCA. Par exemple, le budget initial de 22,3 millions de dollars prévu pour 1995-1996 a été réduit de 16 millions de dollars,[5] tombant à 5,9 millions de dollars.

Les fonds ont été légitimement et raisonnablement répartis entre les groupes cibles de la Stratégie. Les fonds de la phase II de la SCA ont permis nombre d'activités nouvelles et améliorées, mais le moment où ces activités ont eu lieu peut en avoir limité l'effet sur les programmes en tant que tels.

[5] À noter que le Secrétariat a été aboli à la fin de 1996 et que son budget (1 million de dollars) a été supprimé.

IV. CONSTATATIONS ET CONCLUSIONS GLOBALES

A. Attentes

La composante Santé Canada de la phase II de la SCA doit être considérée comme une initiative à court terme visant à aborder, sous un angle particulier, un problème complexe, profondément enraciné. Les attentes quant à ses résultats doivent être tempérées pour cette raison. Santé Canada a accompli d'importants progrès en dépit de problèmes au niveau de la coordination stratégique et de réductions budgétaires.

Bien que des initiatives de courte durée comme la phase II de la SCA soient utiles parce qu'elles permettent de conférer une plus haute priorité à une problématique donnée, elles comportent des désavantages inhérents face à une question comme l'abus d'alcool et de drogues, qui exige une intervention de plus longue durée que ne le permet une initiative dont le financement est limité dans le temps.

La nature même du problème de l'alcool et des drogues exige un engagement fédéral à plus long terme, ce avec quoi sont d'accord les représentants fédéraux et les partenaires externes.

B. Modèle de coordination – leçons tirées

Des difficultés sont survenues au niveau de la coordination stratégique au cours de la phase II de la SCA parce que les ingrédients indispensables au succès n'étaient pas présents : même s'il avait été convenu de l'orientation générale de la Stratégie dans la présentation au CT (c'est-à-dire le modèle de la réduction des méfaits, et la mise en équilibre et l'intégration des mesures de réduction de la demande et de l'offre), le but de la coordination au niveau stratégique n'a pas été articulé ou approuvé; le mandat du SSCA en matière de coordination n'a pas été bien défini, et l'organisme n'a pas reçu les pouvoirs nécessaires pour gérer efficacement le processus; et les acteurs n'ont pas suffisamment accepté le besoin et le but de la coordination. Le démantèlement des infrastructures fédérales et provinciales de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues a réduit encore la notion de coordination et de partenariat envisagé dans la Stratégie. La réorganisation ministérielle à Santé Canada a contribué à d'autres problèmes de coordination stratégique.

La phase II de la SCA a permis de mieux coordonner des tâches ou des questions particulières que la Stratégie dans son ensemble, car les facteurs essentiels au succès étaient en place à ce niveau.

C. Durabilité des progrès accomplis au cours de la phase II de la SCA

Santé Canada est maintenant en mesure de récolter les fruits des connaissances issues de la recherche et du développement, et de la mise en oeuvre des programmes. Parce que la composante Santé Canada de la SCA n'a pas été renouvelée, il risque d'être privé de le faire. De plus, la politique fédérale de réduction des méfaits peut tendre trop du côté de la réduction de l'offre. La crédibilité internationale du Canada en matière de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues peut également souffrir du non-renouvellement de cette composante de la SCA.

D. Abus d'alcool et de drogues et approche de la santé de la population

Les représentants fédéraux et les partenaires externes se sont demandés si l'approche de la santé de la population constitue un modèle viable pour s'attaquer à l'abus d'alcool et de drogues dans la pratique. Il est difficile de dire si ces craintes reposent sur une compréhension exacte de la façon dont cette approche sera appliquée concrètement. Par exemple, on ne sait pas si elle permettra de cibler directement des sous-populations.

E. Obligation de rendre compte et évaluation

Il est de plus en plus important pour les gouvernements d'utiliser les deniers publics de la façon la plus rentable possible et de rendre compte de cette utilisation. Certaines lacunes à cet égard ont été constatées au cours de la phase II de la SCA (en ce qui concerne le contrôle des dépenses et l'obtention de résultats d'évaluation pour l'ensemble du projet); elles peuvent et devraient être corrigées dans toutes initiatives futures en matière d'abus d'alcool et de drogues.

Il semble également nécessaire d'investir certaines ressources dans la mise au point de mesures et de méthodes d'évaluation utilisables à l'échelle des projets, afin que les décideurs puissent avoir une idée plus concrète des résultats des programmes. Cet investissement est essentiel dans les nouveaux secteurs de programme, où les techniques traditionnelles peuvent se révéler insuffisantes.

F. Ressources – justification d'un financement horizontal

La raison fondamentale de la création d'initiatives et de stratégies spéciales est le besoin de coordonner les efforts entre les structures hiérarchiques et ministérielles. Il est important qu'une approche entièrement horizontale du financement soit adoptée à l'échelon autant ministériel qu'interministériel, et que les systèmes d'administration financière à l'intérieur des diverses directions générales acquièrent la souplesse nécessaire pour rendre possible une approche semblable pour l'ensemble des priorités ministérielles.

TABLE DES MATIÈRES

Page

Résumé i

I. INTRODUCTION 1
- A. Contexte de l'étude 1
- B. Objectifs de l'étude 2
- **C. Thème central de l'évaluation** 2
- D. Portée de l'évaluation 3

II. STRUCTURE DU RAPPORT 3

III. COMPOSANTE SANTÉ CANADA DE LA PHASE II DE LA SCA – APERÇU 4
- A. Cadre de travail depuis l'examen à mi-parcours 4
- B. Situation actuelle 6
- C. Ressources 6

IV. MÉTHODOLOGIE 6
- A. Examen du cadre d'évaluation 6
- B. Examen des documents et des bases de données 7
- C. Analyse bibliographique 7
- D. Entrevues détaillées 7
- E. Limites 8

PARTIE II : PRÉSENTATION DES PRINCIPALES CONSTATATIONS ET CONCLUSIONS 9

I. OBJECTIFS DE DEUXIÈME ORDRE 9
- A. Comment la Stratégie canadienne antidrogue devait-elle renforcer les programmes de Santé Canada dans les secteurs de la prévention ainsi que de l'application de la loi et du contrôle? 9
- B. Dans quelle mesure la Stratégie canadienne antidrogue a-t-elle réellement changé les programmes de Santé Canada dans les secteurs de la prévention et de l'application de loi et du contrôle? 12
- C. Les changements apportés aux programmes de prévention ainsi que d'application de la loi et de contrôle de Santé Canada les ont-ils rendus plus rentables? 14
- D. Hiérarchie des responsabilités 15

II. OBJECTIFS DE TROISIÈME ORDRE 17
- A. Choix de cibles 17
- B. Coordination et coopération 23
- C. Base d'information 29
- D. Ressources 32

III. CONSTATATIONS ET CONCLUSIONS GLOBALES 38

I. INTRODUCTION

A. Contexte de l'étude

La Stratégie canadienne antidrogue, phase II (phase II de la SCA) est une initiative interministérielle quinquennale approuvée par le Cabinet le 17 mars 1992 qui vise à réduire le tort causé aux individus, aux familles et aux collectivités par l'alcool et les autres drogues. Sept ministères fédéraux participent à la phase II de la SCA, dont Santé Canada, dans un effort pour améliorer la coordination fédérale et renforcer les programmes de lutte contre l'alcool et les autres drogues dans les secteurs de la prévention, du traitement et de la réadaptation, ainsi que de l'application de la loi et du contrôle. La phase II de la SCA tire parti des réalisations fédérales dans le cadre de la phase I et a notamment pour objet la conduite avec les facultés affaiblies (lequel relevait auparavant du Programme national de lutte contre la conduite avec facultés affaiblies qui coexistait avec la phase I de la SCA).

La phase II de la SCA devait initialement bénéficier de 270 millions de dollars pour cinq ans (1992-1993 à 1996-1997), et Santé et Bien-être social devait pour sa part recevoir 190 millions de dollars. En 1993, Santé et Bien-être social a été aboli dans le cadre d'une réorganisation à la grandeur du gouvernement. Un nouveau ministère, Santé Canada, a été investi de la plupart des responsabilités de la phase II de la SCA.[6] Sur l'ensemble de la période de la Stratégie, les fonds ont été réduits considérablement. Finalement, la composante Santé Canada de la phase II de la SCA aura bénéficié de 77 millions de dollars pendant les cinq années qu'elle a duré, ce qui représente moins de 1 p. 100 des coûts annuels estimatifs de l'abus d'alcool et de drogues au Canada (18,45 milliards de dollars par année).[7]

La SCA se termine à la fin de l'exercice financier 1996-1997. En mars 1996, il a été décidé de ne pas renouveler la composante Santé Canada.

Conformément aux exigences du Conseil du Trésor (CT), Santé Canada a publié une demande de proposition pour l'évaluation finale de sa participation à la phase II de la

---

[6]Santé Canada a conservé les anciennes responsabilités de Santé et Bien-être social à l'égard des programmes de prévention ainsi que des activités d'application de la loi et de contrôle associées à la fonction de protection de la santé du ministère; le Programme de traitement et de réadaptation des alcooliques et des toxicomanes a été transféré à Développement des ressources humaines Canada, ce qui a réduit les responsabilités du premier ministère en matière de traitement.

[7]Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (1996), Les coûts de l'abus de substances au Canada. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Sur les coûts totaux de l'abus d'alcool et de drogues, 9,6 milliards de dollars ont été imputés au tabagisme. Comme ce problème ne relève pas de la Stratégie canadienne antidrogue, la comparaison par rapport aux 8,85 autres milliards de dollars que coûtent l'alcool et les drogues illicites serait sans soute plus pertinente. Malgré tout, la composante Santé Canada de la phase II de la SCA, pour cinq ans, représente encore moins de 1 p. 100 du coût annuel estimatif de l'abus d'alcool et de drogues illicites au Canada.

SCA. Les résultats de cette évaluation feront partie de l'évaluation interministérielle coordonnée par Santé Canada. Jamieson, Beals, Lalonde and Associates, Inc. a été chargé par contrat de réaliser cette évaluation, qui fait l'objet du présent rapport.

B. Objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude d'évaluation était de produire un rapport :

- qui établirait dans quelle mesure la composante Santé Canada a permis d'atteindre les objectifs de deuxième et de troisième ordre de la phase II de la SCA, à savoir : renforcer et améliorer la rentabilité des programmes de prévention ainsi que d'application de la loi et de contrôle; diriger les programmes de prévention vers les groupes à risque; améliorer la coordination et la coopération; développer la base d'information sur l'abus d'alcool et de drogues au Canada; et attribuer des ressources aux programmes de la SCA;
- qui fournirait des données pertinentes sur des questions soulevées au cours de l'étude d'évaluation;
- qui recommanderait d'autres mesures à prendre au besoin;
- qui fournirait des informations servant à l'évaluation interministérielle globale.

C. Thème central de l'évaluation

Cette évaluation est centrée sur la contribution globale de Santé Canada à la phase II de la SCA dans les secteurs de la prévention, de l'application de la loi et du contrôle. L'étude est basée sur les questions d'évaluation spécifiées dans la demande de proposition officielle, et elle tire parti d'un examen à mi-parcours de la phase II de la SCA, réalisé en 1993-1994, qui portait sur un ensemble analogue de questions d'évaluation[8]. Nous nous sommes concentrés sur les questions et les aspects relatifs :

- aux objectifs prévus, à la rentabilité et à l'obligation de rendre compte de la composante Santé Canada de la phase II de la SCA;

[8] Santé Canada, Groupe d'évaluation, Direction générale des politiques et de la consultation (juin 1995) Rapport de l'examen à mi-parcours – Contribution de Santé Canada à la Stratégie canadienne antidrogue. L'examen à mi-parcours a été réalisé au début de 1994 et a porté sur les questions de processus et de mise en oeuvre, dont bon nombre avaient trait à la coordination. Selon certains responsables de programmes à Santé Canada, l'examen à mi-parcours était quelque peu prématuré et ne reflétait donc pas les progrès accomplis jusque-là. Nous avons pris note de ces inquiétudes et avons examiné plus en détail au cours de notre enquête sur le terrain les questions encore pertinentes qui découlaient de ce rapport.

- à l'efficacité avec laquelle les populations à risque sont ciblées dans les programmes de prévention de Santé Canada;
- à l'efficacité du rôle et des activités de coordination de Santé Canada;
- à l'efficacité des améliorations apportées à la base d'information;
- au niveau et à l'incidence des ressources affectées à Santé Canada pour la phase II de la SCA.

D. Portée de l'évaluation

La portée de l'évaluation finale se limite aux faits nouveaux au cours de la phase II depuis l'examen de mi-parcours. Il ne doit pas s'agir d'une évaluation complète de chaque programme dans la composante Santé Canada, ou du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies[9], mais plutôt d'une évaluation globale de la contribution de Santé Canada à la phase II de la SCA.

II. STRUCTURE DU RAPPORT

A. Volume 1 – Rapport final

Le volume un du rapport présente nos principales constatations et conclusions, d'après les données contenues dans le rapport d'enquête, mais non reprises en détail. Pour obtenir un tableau complet des données recueillies pour l'évaluation finale, les lecteurs voudront bien consulter le rapport d'enquête.

Le premier volume se divise en deux parties :

- Partie I : Renseignements généraux (qui comprend Introduction et Aperçu de la composante) et Méthodologie
- Partie II : Présentation des principales constatations et conclusions.

[9] Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies a été évalué en octobre 1993, comme prévu dans sa loi constitutive, la Loi sur le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (projet de loi C-143).

B. Volume 2 – Rapport d'enquête

Le rapport d'enquête présente les informations détaillées recueillies au cours de l'étude d'évaluation. Ce rapport se divise en quatre parties :

- Partie I : Analyse documentaire
- Partie II : Analyse bibliographique
- Partie III : Entrevues avec les partenaires externes – rapport
- Partie IV : Entrevues avec des représentants de Santé Canada et de ses partenaires fédéraux – rapport

III. COMPOSANTE SANTÉ CANADA DE LA PHASE II DE LA SCA – APERÇU

A. Cadre de travail depuis l'examen à mi-parcours

Mise à jour de la description de la composante

La composante Santé Canada de la phase II de la SCA, à laquelle participent trois directions générales du ministère, consiste en des activités de prévention ainsi que d'application de la loi et de contrôle. La vaste majorité des programmes de prévention de la SCA est mise en oeuvre par la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé (DGPPS) et la Direction générale des services médicaux (DGSM), tandis que la Direction générale de la protection de la santé (DGPS) est d'abord responsable des activités dans le secteur de l'application de la loi et du contrôle.

La phase II de la composante Santé Canada de la SCA comprend 14 programmes et activités séparés dans les trois directions générales susmentionnées. Depuis l'examen à mi-parcours, l'essence des activités de Santé Canada dans la SCA a peu changé, en dépit de la restructuration en profondeur du ministère lui-même. Par conséquent, nombre des adresses organisationnelles et des titres de programmes et d'activités de la phase II de la SCA ont changé au ministère. Certains programmes et certaines activités de la phase II de la SCA ont été abandonnés par suite de coupes budgétaires (voir section D, Ressources, pour plus de détails), ou sont suspendus parce que la décision de ne pas renouveler l'initiative au-delà de 1997 rend non appropriée pour l'instant la mise en chantier de nouveaux projets ou parce que leurs objectifs ont été atteints (ex. : la mise en vigueur de la loi).

Le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue (SSCA), organisme coordonnateur de toute la phase II de la SCA, est basé à Santé Canada. Au cours de la phase II, le SSCA a été déplacé plusieurs fois dans la structure organisationnelle du ministère. Il a également changé de nom à la suite du démantèlement des secrétariats fédéraux, et a fini par être démantelé lui-même au printemps 1996. On a

semblé justifier cette décision en disant que les ressources seraient utilisées à meilleur escient pour mettre en application le modèle de la santé de la population au sein de Santé Canada.[10]

Relation avec d'autres initiatives fédérales interministérielles pertinentes

La phase II de la SCA a été exécutée en parallèle avec un certain nombre d'initiatives et d'activités fédérales interministérielles où les questions d'alcool et de drogues constituent une préoccupation, interviennent, ou ont une influence quelconque. Ce sont notamment :

- la Stratégie sur le sida
- l'Initiative pour le développement de l'enfant
- la Stratégie de réduction de la demande de tabac
- la Stratégie à l'égard des aînés
- l'Initiative de lutte contre la violence familiale

Santé Canada a joué un rôle de premier plan dans les initiatives ci-dessus, qui ont donné lieu à certaines actions intersectorielles. Comme la SCA, nombre de ces initiatives et activités sont terminées ou sont sur le point de se terminer.

Participation provinciale ou territoriale

Les provinces et les territoires sont considérés comme des partenaires essentiels dans la composante Santé Canada de la phase II de la SCA, en particulier parce qu'ils sont responsables de la plupart des questions de santé et d'éducation, possèdent d'importants pouvoirs législatifs en matière d'alcool et réglementaires à l'égard des professions médicale et pharmaceutique, et jouent un rôle réglementaire dans l'approbation des médicaments de prescription au Canada.[11] En ce qui regarde les programmes de prévention, la présentation au Conseil du Trésor pour la phase II de la SCA reposait sur l'idée que les provinces continueraient à jouer un rôle primordial dans les programmes destinés à l'ensemble de la population, alors que le gouvernement fédéral se concentrerait sur les populations à risque. Les contraintes financières au niveau provincial ou territorial et la réorganisation dans les secteurs de la santé et de l'éducation ont souvent limité l'action des provinces et des territoires en matière de programmes de prévention de l'abus d'alcool et de drogues.

---

[10] Compte tenu de sa place réduite au sein du ministère (et par voie de conséquence au niveau interministériel) et de la fin imminente de la phase II de la SCA le 31 mars 1997, le personnel de la DGPPS indique que le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue a été démantelé parce qu'il ne jouait plus un rôle de coordination efficace.

[11] Les pouvoirs fédéraux ont trait aux dispositions relatives à la conduite avec facultés affaiblies du Code criminel, et aux dispositions législatives et réglementaires de la Loi sur les aliments et drogues.

B. Situation actuelle

La phase II de la SCA arrive à terme. Depuis l'annonce au printemps 1996 que la composante Santé Canada ne serait pas renouvelée, l'exercice financier 1996-1997 est devenu une période de réduction progressive de la plupart des activités de la SCA. Le Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance a joué un rôle de coordination en l'absence du SSCA.

Santé Canada continue de procéder à des changements organisationnels, adoptant une nouvelle approche des questions de santé qui touchent les Canadiens : le modèle de la santé de la population. Ce modèle permet de s'attaquer à toute une gamme de questions de santé, dont celles d'alcoolisme et de toxicomanie, bien qu'au moment de la présente évaluation, on ne semblait pas trop certain de la façon dont les questions d'alcool et de drogues seraient traitées concrètement.

C. Ressources

Au cours de la phase II de la SCA, les ressources de la composante Santé Canada ont fait l'objet de réductions successives. Alors que l'affectation initiale s'établissait à 109 millions de dollars en 1992-1993, elle ne représentait plus à la fin que 77 millions de dollars. En outre, Santé Canada a reçu 205 ETP, mais n'en a utilisé que 104. Ces réductions des ressources ont diminué la capacité de Santé Canada d'atteindre ses objectifs dans le cadre de la phase II de la SCA. Pour une analyse détaillée de l'affectation des ressources, se reporter à la partie II, section D, du rapport.

IV. MÉTHODOLOGIE

A. Examen du cadre d'évaluation

Le plan d'évaluation interministériel de la SCA qui a été préparé en mars 1993 incluait un cadre d'évaluation de la composante Santé et Bien-être social de la SCA. Ce ministère a disparu par la suite. La composante Santé Canada de la SCA telle qu'on la connaît actuellement inclut certains des éléments de la composante initiale, mais non la totalité. Il ne semble pas qu'un cadre d'évaluation révisé pour la composante Santé Canada ait été produit[12]. Le cadre original a été révisé aux fins de l'évaluation finale, mais sa pertinence est limitée.

B. Examen des documents et des bases de données

[12] La demande de proposition décrit, toutefois, les principaux éléments de programme relatifs à la composante Santé Canada de la phase II de la SCA.

Les principaux documents relatifs à la composante Santé Canada de la phase II de la SCA ont été examinés en vue de l'évaluation finale. Des analyses documentaires sur place ont été réalisées au Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance (Direction générale de la promotion et des programmes de la santé), à la Division du soutien des programmes de santé (Direction générale des services médicaux) et au Bureau de la surveillance des médicaments (Direction générale de la protection de la santé). Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et le Programme national de recherche et développement en matière de santé ont également présenté des documents à examiner.

Un examen des bases de données a également permis de déterminer les améliorations apportées à la base d'information sur les questions relatives à l'alcool et aux autres drogues. Les données examinées provenaient d'enquêtes, de bibliothèques électroniques, de bases de données internes, et de divers rapports sur l'alcool et les autres drogues.

Les résultats de l'examen des documents et des bases de données sont présentés dans le rapport d'enquête, partie I : Examen documentaire (volume 2 du présent rapport).

C. Analyse bibliographique

La littérature produite sur les programmes de prévention de l'abus d'alcool et de drogues et les populations à risque depuis le début de la phase II de SCA en 1992 a été recensée.

Les résultats de la recension de la littérature sont présentés dans le rapport d'enquête, partie II : Analyse bibliographique (volume 2 du présent rapport).

D. Entrevues détaillées

Un total de 57 entrevues ont été réalisées au cours de l'évaluation. Les personnes interrogées ont été choisies de concert avec le responsable du projet et le personnel clé de la composante Santé Canada de la phase II de la SCA.

Trente-sept entrevues (surtout téléphoniques) ont été réalisées avec des partenaires externes, y compris des représentants d'organismes provinciaux, d'organismes autochtones et inuit, d'organismes non gouvernementaux, d'associations policières et d'organismes internationaux; des universitaires et d'autres experts du domaine; des bénéficiaires de fonds de projets jeunesse de la SCA et des bénéficiaires de fonds de projets autochtones de la SCA.

Trente autres entrevues ont été réalisées avec des responsables de Santé Canada et des représentants des partenaires fédéraux du ministère, dont le Conseil du Trésor (CT), le Solliciteur général du Canada (SGC), Affaires étrangères et Commerce international (AECI), Transports Canada (TC), et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). La majorité de ces entrevues a été réalisée par téléphone.

Les résultats des entrevues sont présentés dans le rapport d'enquête, parties III et IV (volume 2 du présent rapport).

E. Limites

L'évaluation d'initiatives intersectorielles ou interdisciplinaires comme la Stratégie canadienne antidrogue comporte certaines limites. La plus importante est la simple réalité qu'il faut du temps avant d'obtenir des effets sur des problèmes aussi vastes et aux dimensions aussi multiples que l'abus d'alcool et de drogues. Une initiative quinquennale devrait produire certains changements incrémentiels, mais non permettre de résoudre la myriade de problèmes et de méfaits associés à l'abus d'alcool et de drogues.

L'attribution des effets est une autre préoccupation. Étant donné la compétence partagée du fédéral et des provinces ou territoires en matière d'alcoolisme et de toxicomanie, il est souvent difficile aussi d'attribuer les résultats obtenus à la stratégie fédérale ou à des activités ministérielles particulières. Les activités d'organismes non gouvernementaux à l'échelon national, régional, provincial ou territorial et local dans la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies entrent également en ligne de compte. Enfin, du point de vue tant de la méthodologie que des coûts, il est virtuellement impossible d'obtenir des données solides permettant de démontrer de façon rigoureuse la rentabilité des activités financées dans le cadre de la Stratégie.

En dépit de ces limites, nous croyons que l'information qualitative obtenue au cours de l'évaluation (documentation disponible, analyse bibliographique, opinions d'experts, et données pertinentes fournies par des représentants fédéraux et des partenaires externes) représente une source valide, uniforme et rentable sur laquelle peuvent reposer des conclusions et des recommandations.

PARTIE II : PRÉSENTATION DES PRINCIPALES CONSTATATIONS ET CONCLUSIONS

I. OBJECTIFS DE DEUXIÈME ORDRE

A. Comment la Stratégie canadienne antidrogue devait-elle renforcer les programmes de Santé Canada dans les secteurs de la prévention ainsi que de l'application de la loi et du contrôle?

1. Justification de la nouvelle orientation au cours de la phase II

La phase II devait être inspirée des leçons tirées au cours de la phase I dans les secteurs de la prévention ainsi que de l'application de la loi et du contrôle. À la lumière de consultations nationales tenues avant son lancement, la phase II devait s'inscrire dans le prolongement des activités de prévention ainsi que d'application de la loi et de contrôle de la phase I, suivant une démarche globale de réduction des méfaits, mais beaucoup plus axée cette fois sur les programmes de prévention secondaire que sur les programmes de prévention primaire.[13]

La décision de déplacer l'accent de la prévention primaire à la prévention secondaire faisait suite aux résultats de recherches et de consultations réalisées au cours de la phase I qui indiquaient que la réorientation des ressources vers les populations les plus à risque ou les plus dévastées par l'abus d'alcool et de drogues serait plus efficace que des programmes de prévention primaire dirigés vers l'ensemble de la population. Notre enquête sur le terrain a révélé que cette approche continue d'être bien vue des spécialistes du domaine, ainsi que dans la littérature. Nous constatons que le changement n'a pas été perçu comme une négation du besoin de programmes de prévention primaire. En effet, la documentation et l'avis d'experts semblent montrer que la stratégie fédérale reposait sur la participation provinciale ou territoriale continue dans le secteur de la prévention primaire.

Quatre stratégies ont été définies pour orienter les programmes de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues : cibles plus appropriées (programmes de prévention seulement), meilleure coordination, information améliorée et affectation de ressources.

[13] La prévention primaire vise les individus qui ne sont pas encore à risque (c'est-à-dire qui n'ont pas commencé à consommer) ou, comme dans le cas des buveurs modérés, qui sont peu à risque. La prévention secondaire vise les individus à risque pour l'abus d'alcool ou de drogues, ou qui ont souffert de certaines conséquences de la consommation de ces substances (Mann, Robert, Reginald Smart, Lise Anglin, and Edward Adlaf. "Does targeted prevention work? Evidence from recent trends in alcohol problems in Ontario," Journal of Alcohol and Drug Education, 1995, 41.).

2. Coordination

Selon l'examen à mi-parcours et plusieurs personnes interrogées, le manque de coordination a été une faiblesse de la phase I. La phase II devait renforcer la coordination à tous les niveaux, au sein et en dehors de Santé Canada. On s'attendait à ce que la coordination soit améliorée à l'intérieur des secteurs de la prévention et de l'application de la loi et du contrôle, ainsi qu'entre ces secteurs, et ce au niveau régional et communautaire, à Santé Canada, entre les ministères fédéraux, et sur le plan international. À la lumière des entrevues réalisées au cours de notre enquête sur le terrain, une coordination améliorée devait entraîner le partage des meilleures pratiques, prévenir le double emploi, favoriser la compréhension entre les secteurs, et permettre de faire en sorte que les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux à tous les paliers travaillent ensemble.

Les activités de coordination particulières que devait entreprendre le SSCA ont été exposées dans la présentation au CT.

Au sein de Santé Canada, nous avons trouvé peu de documentation sur le besoin de coordination ministérielle tant à l'intérieur des directions générales qu'entre celles-ci. Toutefois, les personnes interrogées ont dit espérer que le fait de mettre l'accent sur la coordination permettrait un meilleur équilibre et améliorerait l'échange d'informations sur les questions de prévention, de protection, d'application de la loi et de contrôle, ce qui faciliterait la mise en oeuvre au niveau des projets.

3. Choix des cibles

Pour nombre des personnes interrogées, le fait de cibler les populations à risque dans les programmes de prévention représentait la principale caractéristique de la composante Santé Canada de la phase II de la SCA. Les programmes de prévention devaient être dirigés vers les populations les plus à risque plutôt que vers le grand public (prévention secondaire par opposition à prévention primaire).

Cet important changement de cap des programmes de prévention du ministère faisait suite à des consultations nationales et à une analyse des données disponibles. On reconnaissait qu'il exigerait l'établissement de nouveaux partenariats et qu'il faudrait faire preuve d'imagination sur le plan pratique, par exemple en recourant à des approches participatives et facilitantes de la création et de la mise en oeuvre de programmes avec la participation des groupes clients.

4. Améliorations de la base d'information

La phase II devait permettre d'améliorer la base d'information sur l'abus d'alcool et de drogues au Canada. Le gouvernement fédéral devait poursuivre son action de collecte, d'analyse et de diffusion de l'information au niveau national, y compris réaliser l'enquête sur l'alcool et les autres drogues au Canada. Le financement du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies devait également permettre d'améliorer la base d'information nationale et la diffusion de l'information. Nombre de personnes interrogées ont fait valoir que l'amélioration de l'information devait servir à combler l'écart dans les populations à risque.

Sur le plan de la protection de la santé et du contrôle, la phase II de la SCA devait renforcer la capacité du Canada de surveiller et de contrôler les substances psychotropes (à l'aide du système NARCON).

5. Ressources accrues et meilleur équilibre entre la prévention et l'application de la loi et le contrôle

La phase II a procuré à Santé Canada des ressources renouvelées pour soutenir les activités ministérielles de prévention de l'abus d'alcool et de drogues ainsi que d'application de la loi et de contrôle. L' affectation d'importantes ressources aux programmes de prévention établis au cours de la phase I s'est poursuivie dans le cadre de la phase II, bien que la proportion des dépenses au titre de la prévention par rapport aux dépenses au titre de l'application de la loi et du contrôle soit passée de 70 p. 100 : 30 p. 100 dans le cadre de la phase I à 60 p. 100 : 40 p. 100 au cours de la phase II.

CONCLUSION : La SCA devait renforcer les programmes de Santé Canada au niveau de la prévention ainsi que de l'application de la loi et du contrôle en visant les populations à risque, en améliorant la coordination, en élargissant la base d'information, et en augmentant les ressources pertinentes. Cette approche était judicieusement fondée sur des expériences, des recherches et des consultations de la phase I. Destiné à compléter les efforts provinciaux et territoriaux, la composante Santé Canada de la phase II de la SCA reposait sur l'hypothèse que les gouvernements provinciaux et territoriaux continueraient de se charger des programmes de prévention primaire de l'abus d'alcool et de drogues.

B. Dans quelle mesure la Stratégie canadienne antidrogue a-t-elle réellement changé les programmes de Santé Canada dans les secteurs de la prévention et de l'application de loi et du contrôle?

1. Programmes de prévention

Les plus importants changements aux programmes de Santé Canada ont été apportés aux programmes de prévention, où les groupes à risque, plutôt que l'ensemble de la population, sont devenus la première cible.

Pour atteindre les populations à risque, Santé Canada a cherché à former un nouveau réseau aux échelons national, régional et communautaire. Des consultations ont eu lieu avec des organismes et des membres des groupes cibles au niveau national pour aider à définir les besoins et à établir des stratégies.

En plus de projets au niveau national, deux nouveaux programmes de financement communautaire ont été établis pour atteindre les groupes à risque. Une attention particulière a notamment été accordée aux communautés des premières nations (dans les réserves et hors des réserves) ainsi qu'aux communautés métisses et inuit dans tout le Canada. Ces programmes représentaient une approche collective ascendante de la création de programmes pour les groupes cibles. Administrées pour la plupart par les bureaux régionaux de Santé Canada[14], les communautés étaient encouragées à définir des stratégies de programme qui permettraient d'atteindre les groupes à risque au niveau local. De nouveaux partenariats ont été formés au sein de Santé Canada pour appuyer la mise en application des programmes de financement en question.

Dans d'autres secteurs de programme au niveau national, notamment le marketing social et l'éducation et la formation, des approches traditionnelles des programmes destinés au grand public ont été remplacées par des activités adaptées aux besoins de groupes cibles particuliers. De plus, les initiatives de formation et d'éducation normalement mises en oeuvre par l'entremise du système scolaire ont été remplacées par d'autres stratégies pour atteindre les groupes à risque.

Une tendance générale vers l'analyse horizontale et la collaboration dans les politiques et les programmes fédéraux de même que l'existence d'initiatives complémentaires (ex. : Stratégie sur le sida, Stratégie à l'égard des aînés) ont été reconnues par les responsables fédéraux comme deux facteurs positifs qui ont contribué au changement dans le choix des cibles, la création de programmes et les modalités d'exécution.

---

[14] Dans certains cas, des projets à vocation communautaire ont été administrés au niveau national, ou de concert avec les régions.

2. Application de la loi et contrôle

Au cours de la phase II, Santé Canada a continué à jouer et à renforcer ses rôles traditionnels au niveau de l'application de la loi et du contrôle, conformément aux obligations internationales du Canada en matière de lutte antidrogue. Le financement de la phase II de la SCA a permis à Santé Canada d'améliorer la base de données NARCON, qui sert à surveiller les substances contrôlées au Canada. La Loi réglementant certaines drogues et autres substances a reçu la sanction royale le 20 juin 1996. D'importants changements ont été apportés aux modalités régissant le traitement d'entretien à la méthadone grâce à l'adoption d'un système d'autorisation plus souple. Des ressources précédemment consacrées au contrôle systémique des drogues licites ont été affectées à un ensemble plus vaste de questions relatives à ces substances : produits de transfusion, vaccins, médicaments à base d'herbes médicinales, etc.

3. Base d'information

La base d'information a été améliorée pour appuyer les activités de Santé Canada en matière de prévention ainsi que d'application de la loi et de contrôle.

Du côté de la prévention à Santé Canada, l'accent a été mis sur la recherche qualitative et participative – ce qui constituait un changement – pour déterminer les besoins des groupes à risque. Au niveau national, les données quantitatives sur les tendances en ce qui concerne l'abus d'alcool et de drogues ont été développées, des informations plus détaillées étant recueillies sur les groupes à risque, sauf les populations autochtones[15]. Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies a entrepris de vastes activités visant à étendre la base de connaissances et est devenu un instrument de première importance pour la diffusion à l'échelle nationale d'informations sur l'abus d'alcool et de drogues. Il a même étendu cette diffusion en créant un site Web sur Internet.

CONCLUSION : La décision de cibler les populations à risque a eu pour résultat que Santé Canada Santé a formé de nouveaux partenariats et a mis au point des méthodes et des stratégies innovatrices de création de programmes. Les mécanismes de contrôle des drogues licites et illicites ont été améliorés par des mesures législatives et des systèmes de contrôle. L'élargissement de la base d'information a permis de mieux connaître les tendances et les comportements en matière d'alcoolisme et de toxicomanie,

[15] La recherche de base n'a pas été acceptée par les communautés autochtones, qui préféraient que l'accent soit mis sur les programmes.

particulièrement chez les populations à risque (à l'exception des populations autochtones).

C. Les changements apportés aux programmes de prévention ainsi que d'application de la loi et de contrôle de Santé Canada les ont-ils rendus plus rentables?

1. Opinions sur la rentabilité de la phase II de la SCA

Les personnes interrogées ont uniformément exprimé l'opinion que les changements apportés aux programmes de prévention par Santé Canada se sont effectivement traduits par une rentabilité accrue. Cette opinion repose sur la prémisse que cibler les populations à risque, et les faire participer à la conception, à la création et à la mise en oeuvre des programmes, contribuera davantage à la réduction des méfaits que les programmes qui s'adressent à l'ensemble de la population.

Cependant, aucune recherche objective sur les résultats ne permet pour l'instant de vérifier cette opinion. Une opération est rentable si le rendement de l'investissement en temps et en argent justifie la dépense. Lorsqu'il s'agit de questions sociales comme l'abus d'alcool et de drogues, des recherches longitudinales d'envergure doivent être entreprises pour quantifier les résultats. Le CCLAT a fait un premier pas pour quantifier ces aspects globalement dans son étude sur les coûts de l'abus de substances, mais des études de suivi seraient nécessaires à l'avenir pour déterminer l'incidence de la SCA le cas échéant. Attribuer tous changements à la SCA serait aussi difficile, étant donné qu'il s'agit d'une intervention parmi d'autres seulement qui visent le même résultat.

En ce qui concerne les programmes de prévention de Santé Canada, les énoncés relatifs à la rentabilité devraient être fondés sur un examen détaillé des activités et des projets, pour comparer les résultats de la phase I à ceux de la phase II selon des mesures de rendement quantitatives semblables. Cependant, il serait extrêmement long et coûteux de procéder ainsi, et le processus aurait dû de toute façon être intégré dans les évaluations de chaque projet. Des données de base pertinentes, en ce qui concerne les groupes à risque en particulier, seraient aussi nécessaires.

Quant au rôle de Santé Canada sur le plan de l'application de la loi et du contrôle, les fonds consacrés à la phase II de la SCA ont rendu possibles des mesures antidrogue d'avant-garde plus globales, mais il est impossible de se prononcer sur leur rentabilité pour l'instant.

2. Le changement de cibles et sa relation avec la rentabilité

Les experts de la lutte contre l'abus d'alcool et de drogues et les praticiens des programmes semblent unanimement convenir que la concentration des efforts sur une population précise et finie donnera plus de résultats qu'une démarche plus diffuse auprès d'une population plus vaste. Par contre, on croit aussi que des programmes de prévention primaire demeureront nécessaires dans une certaine mesure. Les entrevues que nous avons réalisées au cours de notre enquête sur le terrain nous ont permis de constater qu'on craint que les programmes de prévention n'aient diminué au Canada. Pour beaucoup, c'est là une conséquence du retrait du gouvernement fédéral de ce champ d'activité, qui a laissé certaines provinces ou certains territoires sans les ressources ou l'infrastructure pour offrir des programmes de prévention primaire. On a donc le sentiment, et les faits tendent à le démontrer, que les gains réalisés au chapitre de la prévention dans l'ensemble de la population (particulièrement chez la jeunesse en général) sont en train de s'évaporer.[16]

CONCLUSION : La stratégie qui consiste à diriger les ressources de la SCA vers des populations particulières a probablement permis une utilisation plus rentable de ressources limitées. On craint que les gains en matière de prévention dans l'ensemble de la population (et en particulier auprès de la masse des jeunes) ne soient en train de s'évaporer. Alors que les fonds de la phase II de la SCA ont permis au Canada d'appliquer des mesures antidrogue d'avant-garde plus globales, nous ne pouvons pour l'instant nous prononcer sur la rentabilité de ces mesures.

D. Hiérarchie des responsabilités

Être comptable signifie être responsable de quelque chose, et rendre compte des résultats. Dans le contexte d'une stratégie comme la SCA, des mécanismes de surveillance et de rapport doivent s'appliquer parallèlement aux axes de responsabilité préexistants pour faire en sorte que les activités de la SCA soient suivies de façon indépendante. En d'autres termes, le personnel doit être comptable aux gestionnaires de l'exécution efficace et efficiente de ses fonctions. Toutefois, il est également comptable au Cabinet dans la mesure où ces activités se rapportent à la SCA.

---

[16] Si les données sur les tendances nationales indiquent une relative stabilité de la consommation de drogues illicites dans l'ensemble de la population, certaines études régionales ont révélé des augmentations de la consommation de ces drogues chez les jeunes. Par exemple, la Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie a montré que la consommation de drogues illicites était à la hausse chez les 12 à 19 ans qui fréquentent les écoles de la province (Ontario Drug Use Survey (1995). Consulter le rapport d'enquête, partie II, Analyse bibliographique, pour de plus amples informations sur les tendances.

Responsabilité interministérielle

Le rôle du SSCA était de coordonner les activités de la stratégie entre les divers ministères. Un rôle implicite aurait semble-t-il consisté à surveiller les activités pour veiller à ce qu'elles soient uniformes et éviter autant que possible le double emploi, et à garder un oeil sur les dépenses par rapport au budget de la SCA. Cependant, ce rôle n'a pas été confié au SSCA, qui n'a pas été chargé non plus de veiller à la reddition des comptes. Cette dernière responsabilité ne lui a pas été confiée en partie :

- parce que la place du SSCA relativement basse dans la hiérarchie de Santé Canada signifiait qu'il était considéré faire partie intégrante de ce ministère et avoir peu de pouvoirs;
- parce que des réductions périodiques du budget du SSCA ont contribué à le faire voir comme une structure non indispensable.

Nous n'avons pas vu d'indices de mécanismes de suivi des activités ou des dépenses de Santé Canada ou d'autres ministères.

Responsabilité ministérielle

Il existe une certaine confusion à Santé Canada au sujet de la hiérarchie des responsabilités. La réorganisation massive du ministère au cours des dernières années et les coupes périodiques dans le budget de la composante Santé Canada de la phase II de la SCA ont contribué à cette confusion.

Certaines des principales raisons de cette conclusion sont les suivantes :

- il n'existe pas d'organigramme à jour de la composante Santé Canada de la SCA;
- des éléments de l'infrastructure de coordination initiale (en particulier le SSCA) ont été démantelés; le comité directeur des SMA et le groupe de travail interministériel de la SCA étaient inactifs en 1995;
- les structures de rapport au sein de la DGPPS et de la DGPS ont considérablement changé, mais les rapports d'activité et les rapports budgétaires n'ont pas été modifiés en conséquence;
- la structure décentralisée de la DGSM signifie que les bureaux régionaux ne rendent pas compte régulièrement des activités de la SCA au niveau national (sauf aux réunions des conseillers régionaux du PNLAADA, qui ont lieu 2 ou 3 fois par année).

De plus, il est particulièrement troublant que le ministère n'ait pas suivi séparément les dépenses de la phase II de la SCA. En effet, chaque direction générale peut

indiquer ses dépenses au titre de la SCA, mais une compilation pour l'ensemble du ministère doit être obtenue manuellement par l'addition des dépenses divisionnaires.

CONCLUSION : La hiérarchie des responsabilités dans la composante Santé Canada de la phase II de la SCA, comme dans l'ensemble de la phase II, n'est pas claire.

Santé Canada n'a pas contrôlé les dépenses de la phase II de la SCA de façon uniforme et complète.[17]

II. OBJECTIFS DE TROISIÈME ORDRE

A. Choix de cibles

1. Changements souhaités

Il était clair dans le mémoire au Cabinet (MC) qu'au cours de la phase II de la SCA, les programmes de prévention seraient dirigés vers les populations à risque. Le MC mentionnait comme populations à risque les jeunes de la rue, des décrocheurs, les autochtones hors des réserves, les chômeurs, les personnes âgées, les femmes, les familles dysfonctionnelles, et les personnes coupables de conduite avec facultés affaiblies.

La présentation au CT faisait écho au MC. On y indiquait que les initiatives de prévention devaient inclure un programme de subventions et contributions destiné aux enfants et aux jeunes à risque, aux personnes reconnues coupables de conduite avec facultés affaiblies (première infraction ou non), aux femmes, et aux familles (notamment celles où sont présents le syndrome d'alcoolisme foetal ou la violence). Des initiatives de prévention devaient également être prises pour combattre l'abus de solvants[18] chez les autochtones hors des réserves, y compris des activités s'adressant aux jeunes, ainsi que des activités de sensibilisation à l'abus d'alcool et de drogues et des activités de prévention destinées aux jeunes des premières nations. De nouvelles recherches devaient porter sur les jeunes (dont les jeunes des rues et les décrocheurs), et les groupes comme les femmes et les autochtones.

Au cours de la première année de la phase II, ou de l'année de « transition », la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé de Santé Canada

---

[17] Bien que le personnel de la DGPPS affirme que les dépenses de la phase II de la SCA ont été contrôlées de façon courante au niveau de la direction générale, il est évident qu'il n'existait pas de système uniforme pour surveiller, de façon uniforme et systématique, les dépenses globales du ministère au titre de la SCA.

[18] Selon les représentants de Santé Canada, l'abus de solvants peut aussi inclure l'inhalation d'adhésifs (ex. : colle) et d'aérosols; l'expression « produit d'inhalation » est plus englobante.

a entrepris un exercice de planification stratégique pour définir plus précisément les populations cibles spécifiées dans le MC. À la fin, cinq groupes à risque ont été retenus : les enfants, les jeunes et les jeunes adultes; les femmes; les personnes âgées; les autochtones hors des réserves; et les personnes qui prennent le volant sous l'influence de l'alcool ou d'autres drogues. Des sous-groupes particuliers à l'intérieur de chacun de ces groupes ont également été définis, dont les jeunes marginaux; les femmes et les personnes âgées qui font un usage abusif de médicaments de prescription ou en vente libre, ou d'alcool (ou les deux); et les personnes qui ont déjà conduit avec facultés affaiblies ou qui ont déjà été arrêtées pour l'avoir fait.

En conséquence, les cinq groupes cibles définis par Santé Canada (jeunes marginaux, autochtones, femmes, personnes âgées et personnes reconnues coupables de conduite avec facultés affaiblies) ont été cités dans les directives de financement du Programme de soutien communautaire, ainsi que dans les directives de recherche du Programme national de recherche et développement en matière de santé (PNRDS). La DGSM a plus tard établi des directives pour son programme de financement hors des réserves, dans lesquelles il était expressément mentionné que les jeunes devaient être la cible des activités financées. Les activités dans les réserves devaient également s'adresser aux jeunes.

Certaines personnes interrogées ont dit, en y repensant après coup, que le besoin d'une période de transition au début de la phase II aurait dû être mieux reconnu et qu'il aurait fallu en tenir compte davantage vu les importantes conséquences que la décision de cibler les populations à risque a eu pour le ministère.

2. Raison des changements

Il était indiqué dans le MC qu'il fallait cibler les groupes à risque pour les empêcher d'être encore plus marginalisés sur le plan social (dans le contexte de la réduction des méfaits réels ou potentiels de l'abus d'alcool et de drogues). Dans le MC, on citait l'usage répandu de médicaments de prescription tels que tranquillisants, sédatifs et analgésiques narcotiques au Canada, la forte proportion de morbidité et de mortalité mettant en cause l'abus d'alcool et de drogues chez les autochtones, les risques élevés d'abus d'alcool et de drogues chez les jeunes de la rue, et la démonstration d'un besoin d'intervention plus grand auprès des familles.

3. Changements réellement apportés

Les activités de prévention de la phase II visaient chacun des groupes susmentionnés, mais le niveau des connaissances à leur sujet étant variable, les changements apportés aux programmes correspondaient au processus nécessairement itératif de la création de connaissances, de la formation de partenariats et de la définition de stratégies efficaces pour chaque groupe, puis de mise en application et de peaufinage de ces stratégies.

L'accent a donc été mis sur un aspect différent chez chaque groupe cible dans la phase II, en fonction des connaissances disponibles, de la coexistence d'initiatives connexes et des besoins indiqués par les collectivités. À la lumière de notre enquête sur le terrain, les jeunes marginaux ont fini par recevoir le plus d'attention, suivis des autochtones. Les personnes âgées et les femmes en ont reçu moins, et les personnes coupables de conduite avec facultés affaiblies encore moins parce que Justice Canada a assumé la responsabilité première en ce qui concerne ce groupe cible.

a. Jeunes marginaux

Les jeunes marginaux ont reçu l'attention la plus directe en vertu de la phase II de la SCA, d'abord parce qu'une bonne base de connaissances avait déjà été établie relativement à eux dans le cadre d'initiatives fédérales concomitantes comme l'Initiative pour le développement de l'enfant. En conséquence, Santé Canada a entrepris son propre travail de recherche et de consultation sur les jeunes marginaux et a été en mesure de diriger des activités vers cette clientèle au début de la phase II. Ces jeunes ont continué à faire l'objet d'une attention prioritaire pendant toute l'initiative, particulièrement dans le cadre d'activités de recherche précises et des composantes nationales et régionales du Programme de soutien communautaire.

b. Autochtones

Les communautés autochtones dans les réserves et hors des réserves ont également bénéficié d'une attention considérable dans le cadre de la phase II. L'ampleur de l'abus d'alcool et de drogues dans ces communautés était largement comprise et reconnue avant la phase II. En conséquence, l'accent a été mis sur la formation de partenariats et la création de programmes plutôt que sur la recherche. Le financement disponible avant la phase II de la SCA pour les communautés autochtones dans les réserves a été maintenu, mais a été destiné en priorité aux activités à l'intention des jeunes. Des fonds nouveaux ont également été prévus dans le cadre de la phase II pour les Métis, les Inuit et (pour la première fois) les membres des premières nations vivant hors des réserves. Le programme de financement communautaire portait expressément sur les jeunes hors des réserves et l'abus d'alcool et de drogues,

y compris les solvants. Deux projets coordonnés au niveau national visaient également les populations à l'intérieur et à l'extérieur des réserves.

c. Femmes

Au cours de la phase II, quelques recherches de base ont porté sur les femmes et l'abus d'alcool et de drogues, mais les projets de démonstration visant des populations particulières de femmes (ex. : immigrantes, femmes autochtones) ont été beaucoup plus nombreux. D'après les entrevues que nous avons réalisées au cours de notre enquête sur le terrain, il semble que les travaux sur l'abus d'alcool et de drogues chez les femmes au cours de la phase II de la SCA aient bénéficié de travaux menés en parallèle sur des questions intéressant la santé des femmes en général (dans le cadre de la nouvelle initiative pour la santé des femmes) et d'initiatives comme la Stratégie de réduction de la demande de tabac, et vice-versa.

d. Personnes âgées

Dans le cas des personnes âgées, l'accent a été mis sur la diffusion de résultats de recherche clés sur l'abus de médicaments et d'alcool chez cette population. Santé Canada s'est intéressé à ce groupe beaucoup plus tard dans la Stratégie, mais celui-ci a par ailleurs bénéficié de travaux exécutés en parallèle dans le cadre de la Stratégie à l'égard des personnes âgées.

e. Personnes coupables de conduite avec facultés affaiblies

Très peu de projets communautaires ont porté directement sur les personnes reconnues coupables de conduite avec facultés affaiblies, en partie parce que Justice Canada était le premier ministère responsable à cet égard et que Transports Canada avait adopté une stratégie nationale en la matière (STRID). Au niveau national, Santé Canada a collaboré avec Transports Canada, Justice Canada et les provinces et les territoires pour développer davantage la base de connaissances relativement aux programmes de prévention efficaces pour les personnes coupables de conduite avec facultés affaiblies.

4. Effet des changements sur l'efficacité des programmes

Méthodes innovatrices, nouvelle synergie, pertinence accrue de l'exécution des programmes

Des opinions et des données anecdotiques recueillies au cours de notre enquête sur le terrain donnent à penser que le fait d'avoir dirigé les programmes de prévention vers des cibles particulières en a augmenté l'efficacité. Il peut en être ainsi parce que

l'orientation des programmes vers des groupes particuliers a eu tendance à exiger la consultation de ces groupes et de leurs membres, de même que la mise en oeuvre de stratégies innovatrices et l'établissement de nouvelles modalités de liaison au sein des collectivités. Les programmes qui en ont résulté portaient sur les besoins précis des groupes à risque et semblaient plus efficaces que les vastes stratégies d'application générale, par exemple le marketing social, considéré comme non approprié ou sans intérêt pour certains groupes.

Les personnes interrogées avaient la forte impression que la phase II de la SCA était finalement devenue un important forum pour la discussion, la définition des orientations au niveau national et l'élaboration de politiques cohérentes, particulièrement en ce qui a trait aux populations à risque. Elles ont aussi mentionné l'élargissement de la base de connaissances sur les groupes à risque et son rapport avec l'amélioration de la conception et de l'exécution des programmes destinés à ces groupes.

Leçons tirées

Les personnes interrogées ont cité de nombreuses leçons positives qui ont été tirées relativement à la façon de répondre aux besoins des groupes à risque, dont la centralité de leur habilitation et de leur participation, l'importance de la collaboration intersectorielle, et le besoin d'engagement à long terme pour trouver des solutions. Les craintes relatives au ciblage des populations autochtones avaient trait au manque d'infrastructure adéquate pour créer des programmes et à l'absence d'une approche systémique du développement communautaire et de l'autonomie gouvernementale.

En dépit des inquiétudes relatives aux définitions des groupes cibles, on convenait généralement que ceux-ci étaient et continuent d'être pertinents. Beaucoup craignaient, par ailleurs, que les gains réalisés au sein des populations cibles ne soient de courte durée si les ressources n'étaient pas renouvelées.

Craintes relatives à l'évaluation

On s'inquiétait, et nous partagions cette inquiétude, de l'incapacité de la phase II de la SCA de mesurer correctement l'efficacité des programmes destinés à des populations cibles. Le problème semblait s'expliquer par la planification de délais insuffisants pour créer et mettre en application de nouveaux programmes, puis recueillir des données pertinentes, ainsi que par la décision de ne pas renouveler la SCA, juste au moment où les effets de nouveaux types de programmes auraient pu commencer à être mesurés. Les représentants des programmes de Santé Canada ont indiqué que le manque de temps a empêché la planification et l'élaboration de cadres d'évaluation au niveau des projets. L'obtention de données de base pertinentes s'est également révélée difficile.

Par ailleurs, il ne semble pas que la phase II de la SCA prévoyait l'incorporation d'exigences strictes en matière d'évaluation dans ses programmes de prévention. Par conséquent, les résultats des programmes ou projets semblent peu documentés. Il importe également de reconnaître les contraintes et les difficultés que comporte l'évaluation des résultats de nouveaux programmes qui visent à modifier le comportement. Il faut suffisamment de temps et de ressources pour évaluer ces programmes. Et cela peut être encore plus vrai dans le cas qui nous intéresse étant donné les nombreuses populations cibles difficiles à atteindre dans la phase II de la SCA, auprès desquelles les méthodes d'évaluation traditionnelles peuvent être insuffisantes ou non appropriées.

CONCLUSION : La phase II visait fort judicieusement cinq populations à risque : les jeunes marginaux, les autochtones, les femmes, les personnes âgées et les personnes coupables de conduite avec facultés affaiblies. Les jeunes marginaux et les autochtones ont reçu la plus grande attention (étant ciblés pour la première fois dans les programmes de lutte contre l'alcoolisme et les autres toxicomanies de Santé Canada à l'intention des populations visant hors des réserves), suivies des personnes âgées et des femmes. Santé Canada a accordé, avec raison, une attention secondaire aux personnes coupables de conduite avec facultés affaiblies. En rétrospective, le temps nécessaire pour opérer le changement de cap aurait pu être mieux reconnu et pris en considération à l'intérieur de la SCA. Le choix de cibles a eu des résultats positifs, dont l'innovation, la création de nouveaux réseaux, la synergie, ainsi que la pertinence accrue des programmes. À l'heure qu'il est, les données sur les résultats sont trop peu nombreuses pour permettre une analyse objective et détaillée des effets obtenus.

B. Coordination et coopération

1. Comment la coordination et la coopération devaient-elles être améliorées au sein de Santé Canada et entre Santé Canada et les autres ministères fédéraux et les partenaires du gouvernement fédéral?

En pratique, les principaux mécanismes de coordination pour l'ensemble de la phase II de la SCA comprenaient le SSCA[19] et les comités de coordination interministérielle : le groupe de travail ou comité interministériel de la SCA et le comité directeur des SMA.

Il reste difficile, toutefois, d'indiquer les améliorations prévues sur le plan de la coordination dans la phase II, aucun objectif n'ayant été officiellement défini à cet égard. Cette situation devait finalement entraîner des perceptions ou des attentes différentes, et la confusion quant aux rôles de coordination attendus dans le cadre de la SCA.

À Santé Canada, par exemple, le rôle du SSCA dans la coordination au sein du ministère n'était pas suffisamment clair. Alors que certains le voyaient comme la voix de Santé Canada, d'autres considéraient qu'il ne parlait que pour la SCA au niveau interministériel. En particulier, le rôle que le SSCA devait jouer dans la coordination des secteurs de programme de Santé Canada dans la phase II était confus. En outre, il semble qu'on se soit opposé à ce que le secrétariat ait un rôle de coordination au niveau des programmes à Santé Canada.

Au niveau interministériel, le rôle que le SSCA était censé jouer dans la coordination des initiatives fédérales dans le cadre de la phase II n'était pas clair non plus, et la compréhension de son rôle au sein de Santé Canada était limitée.

De plus, notre enquête sur le terrain nous incite à croire que tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de Santé Canada, les rôles respectifs du SSCA et du CCLAT peuvent avoir semblé un peu flous. Cette constatation est conforme à celles qui ont été faites dans l'évaluation du CCLAT en 1993.

[19] La présentation au CT indiquait que le SSCA devait veiller à la coordination au sein du ministère et entre les ministères. Il était censé assurer la liaison avec les partenaires fédéraux et privés; être le principal point d'échange d'informations pour les partenaires de la SCA; financer des symposiums, etc; représenter le gouvernement fédéral dans la lutte contre l'abus d'alcool et de drogues; fournir des avis sur les orientations de principe; obtenir des consensus sur la mesure des buts et des objectifs aux fins d'évaluation; et soutenir les comités de la SCA.

2. Quelles mesures ont été effectivement prises pour améliorer la coordination et la coopération?

Malgré l'absence de définition officielle des buts globaux de la coordination, des mesures ont été prises pour améliorer celle-ci dans la phase II de la SCA. Des mécanismes de coordination ont été établis à tous les niveaux : comités de direction, comités chargés de tâches ou de missions particulières, forums fédéraux-provinciaux-territoriaux (informels), etc.[20] Ces mécanismes se sont révélés plus ou moins efficaces.

Coordination au niveau stratégique

Notre enquête sur le terrain a indiqué qu'au niveau stratégique, le comité interministériel de la SCA et le comité directeur des SMA ont eu tendance à être moins efficaces que les comités bilatéraux ou les autres mécanismes établis pour des questions ou des tâches particulières. Par exemple, une tentative, dirigée par le SSCA, visant à amener tous les partenaires fédéraux dans la SCA à s'entendre sur les buts de la coordination s'est soldée par un échec, ce qui a singulièrement compliqué le travail de coordination du SSCA. Le comité directeur des SMA, par exemple, s'est très rarement réuni, en particulier au cours de la deuxième moitié de la Stratégie.[21] Le comité interministériel a également souffert de la difficulté à accepter la SCA tout au cours de la phase II. On avait l'impression que la phase II de la SCA n'a pas bénéficié de l'appui de la direction et des responsables politiques pour la coordination au niveau stratégique, ce qui a contribué aux problèmes de crédibilité du SSCA. Le roulement des membres des comités de direction a aussi aggravé le manque de continuité.

Ces constatations sont généralement conformes à celles de l'examen réalisé à mi-parcours.

Coordination au niveau de la mise en oeuvre

Pour ce qui est de la mise en oeuvre, des comités très efficaces ont été établis, à l'échelon tant ministériel qu'interministériel, pour voir à des questions ou à des tâches précises, ainsi qu'à l'affectation des ressources.

Au sein de la DGPPS, à Santé Canada, le comité des ressources de la SCA a constitué un mécanisme utile pour l'établissement d'un plan stratégique, l'affectation des ressources, et la liaison avec la DGSM et d'autres initiatives ministérielles comme

[20] Ces mécanismes sont présentés en détail dans le rapport d'enquête, partie 1 – Analyse documentaire.

[21] Le comité directeur des SMA semble ne s'être réuni qu'une fois (en juin 1996) depuis décembre 1994; la prochaine réunion est prévue pour novembre 1996.

la Stratégie sur le sida, la Stratégie à l'égard des aînés, l'initiative pour le développement de l'enfant, la Stratégie de réduction de la demande de tabac et l'initiative de lutte contre la violence familiale.

Il existe de nombreux exemples de coordination entre Santé Canada et ses partenaires au niveau national et régional, entre autres les organismes nationaux, les gouvernements et les organismes provinciaux, ainsi que les organismes et les groupes communautaires. Dans une large mesure, la coordination avec les partenaires est centrée sur des questions ou des groupes cibles particuliers. Les partenaires ont été très présents dans la sélection, la conception et la mise en oeuvre des projets nationaux, et les signes sont aussi nombreux d'une interaction ou d'une coordination au niveau régional, notamment dans le cadre du Programme de soutien communautaire et du programme de financement communautaire coordonné par la DGSM.

Des représentants d'organismes nationaux d'autochtones vivant dans les réserves et hors des réserves se sont réunis pour la première fois pour examiner les orientations stratégiques des programmes de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Des forums importants et opportuns sur les questions intéressant les femmes et les personnes âgées auxquels tous les intervenants pertinents à l'échelle nationale ont participé ont également eu lieu. Dans certaines régions, le Programme de soutien communautaire a établi des comités de sélection des projets, au sein desquels les groupes cibles étaient représentés, et une coordination et un échange d'informations efficaces ont été constatés entre les régions qui ont participé à la mise en oeuvre du Programme de soutien communautaire.

Au niveau interministériel, des comités chargés de tâches particulières ont été établis avec d'autres ministères fédéraux. Des entrevues avec des responsables fédéraux ont révélé que le comité HEP (*Health and Enforcement in Partnership*), de même que les comités collaborant à des projets auprès des jeunes marginaux, ou s'intéressant à la conduite avec facultés affaiblies, au projet de loi C-8 (la Loi réglementant certaines drogues et autres substances) et au rôle international du Canada dans la lutte contre l'abus d'alcool et de drogues (au sein des forums des Nations Unies et de l'Organisation des États américains surtout), ont été particulièrement productifs.

Au niveau international, Santé Canada a joué un rôle actif dans la phase II en mettant la réduction de la demande au programme et en encourageant une approche plus équilibrée de la réduction de la demande et de l'offre à l'échelon international.

3. Quels effets ont eu les mesures prises sur l'efficacité avec laquelle les objectifs des programmes ont été atteints?

Au niveau stratégique

Étant donné l'absence de consensus sur les buts de la coordination et le manque subséquent d'activité et de participation efficace aux mécanismes de coordination stratégique à l'échelon interministériel, il semble évident que le manque d'orientation stratégique globale et efficace a nui à la phase II de la SCA. Le manque de direction, d'appui et de vision globale au niveau fédéral a rendu difficile, voire impossible, la coordination de la phase II de la SCA. Le rapport d'enquête sur le terrain révèle en outre que la SCA n'a jamais eu une présence ou un profil national.

Le manque de clarté du rôle de coordination fédérale du SSCA est d'autant plus grave que le CCLAT semble avoir joué un rôle prépondérant dans la formation de réseaux et la définition des politiques au niveau national, rôle qui a eu pour effet de le faire voir comme l'organisme de coordination *de facto* à ce niveau.

La Stratégie canadienne antidrogue a également été perçue de façon un peu différente au niveau national et au niveau international. Par exemple, on a le sentiment qu'en dépit du manque de cohésion au pays, la Stratégie canadienne antidrogue a été présentée et reconnue comme une initiative d'avant-garde au niveau international. En effet, la philosophie de réduction des méfaits adoptée par le Canada et ses efforts pour mettre en équilibre la réduction de la demande et la réduction de l'offre semblent être très bien vus sur la scène internationale.

Au niveau de la mise en oeuvre des programmes

En dépit de problèmes en ce qui concerne la direction stratégique et la coordination, la phase II de la SCA a clairement illustré l'importance d'une coordination axée sur la tâche pour l'efficacité des programmes. Les mécanismes établis en vertu de la phase II pour répondre aux besoins de groupes cibles particuliers, ou à l'égard de questions et de programmes particuliers, l'ont été en fonction des besoins chaque fois. De plus, une approche inclusive, axée sur le partenariat, a été démontrée. Les intervenants et les représentants appropriés, par exemple d'organismes nationaux, provinciaux ou communautaires, ou d'initiatives ou de ministères provinciaux, ont ainsi été invités à donner leur point de vue et à échanger des informations. Cette collaboration s'est produite au niveau ministériel (ex. : comité des ressources de la SCA, collaboration entre la DGSM et le Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance sur les dossiers autochtones, collaboration avec d'autres initiatives comme la Stratégie sur le sida); au niveau interministériel (comité de la conduite avec facultés affaiblies); au niveau régional (comités de sélection des projets du Programme de soutien communautaire); et au niveau communautaire (nouveaux partenariats entre les

organismes et les groupes communautaires pour la mise en oeuvre des projets du Programme de soutien communautaire).

En réalité, la plupart des personnes interrogées estimaient que la coordination au niveau des programmes s'était améliorée au cours de la phase II, et ce à Santé Canada, entre les ministères fédéraux, ainsi qu'avec les autres paliers de gouvernement et les autres partenaires. L'amélioration de la coordination s'est traduite par une meilleure compréhension et un meilleur équilibre entre le point de vue de la prévention et celui de l'application de la loi et du contrôle, un développement accru de l'information, une plus grande synergie et de meilleurs programmes.

Une coordination permanente est-elle nécessaire?

Aussi bien les représentants fédéraux que les partenaires externes étaient en faveur d'un rôle fédéral permanent dans la coordination des dossiers relatifs à l'abus d'alcool et de drogues. Les représentants fédéraux ont fait valoir que la coordination est nécessaire si le gouvernement fédéral veut s'assurer de l'efficacité de l'action antidrogue fédérale, et soutenir la création de nouvelles connaissances, attitudes et approches, ainsi que les actions collectives à l'intérieur de ministères ou entre plusieurs ministères. De plus, la plupart des représentants fédéraux reconnaissaient la nécessité d'une stratégie de financement de la lutte contre l'abus d'alcool et de drogues, c'est-à-dire qu'il devait y avoir quelque chose à coordonner. D'autres ont laissé entendre que la diminution des ressources rendait nécessaire de redéfinir les priorités et d'établir de nouvelles approches en fonction de ce qui peut être fait vu ces contraintes, et non de ce qui doit être fait globalement.

De même, tous les partenaires externes interrogés ont insisté sur le fait qu'une coordination nationale était nécessaire et vitale – même si la SCA n'était pas renouvelée. La plupart de ces partenaires ont indiqué que la coordination devrait préférablement se faire au niveau fédéral (au sein de Santé Canada). Plusieurs ont proposé des solutions « indépendantes » de Santé Canada (ex. : le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies). La coordination par un organisme « indépendant » a été mentionnée comme condition d'une plus grande crédibilité auprès des communautés autochtones.

Les représentants fédéraux ont souligné que l'appui de la haute direction était essentiel pour que la coordination soit efficace, et qu'un comité ou groupe de travail interministériel ou ministériel fédéral quelconque pourrait assurer une coordination permanente. Toute structure du genre devrait mettre en équilibre la réduction de l'offre et de la demande, et nécessiterait un partage accru des pouvoirs entre Santé Canada et ses partenaires fédéraux. On a de plus proposé :

- qu'un organisme indépendant, non responsable de programmes, pourrait présider cette structure;

- que le groupe chargé de la coordination devrait également avoir une expertise considérable de la lutte contre l'abus d'alcool et de drogues;

- que des groupes communautaires pourraient participer à la coordination.

Facteurs indépendants de la SCA qui influent sur l'efficacité de la coordination

D'importants facteurs indépendants de la SCA, toutefois, ont eu une incidence sur la coordination au cours de la phase II.

Au niveau national, le démantèlement du comité fédéral-provincial-territorial sur les problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues a rendu difficile la coordination des activités nationales et provinciales ou territoriales. Des contacts fédéraux-provinciaux-territoriaux informels ont permis de maintenir certains des importants liens qui existaient déjà et ont offert un moyen de continuer l'échange d'informations. Des travaux sur plusieurs thèmes particuliers se poursuivent au sein de plusieurs autres forums fédéraux-provinciaux-territoriaux.

La mise en oeuvre du Programme de soutien communautaire dans les régions a posé d'importantes difficultés en raison des réformes de la santé entreprises un peu partout et du démantèlement de nombre d'organismes provinciaux de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues. Il s'est révélé difficile d'assurer la coordination avec les provinces du fait de changements structuraux, du roulement du personnel, et de l'incertitude générale au sujet des programmes et des politiques en matière d'alcoolisme et de toxicomanie.

Au niveau fédéral, la réorganisation des ministères en 1993, en plus de la restructuration en cours depuis lors à Santé Canada, a eu un effet négatif sur la coordination dans le cadre de la phase II. Comme il a été indiqué précédemment, le SSCA a déménagé plusieurs fois au sein de Santé Canada au cours de la phase II. Plus tard, son nom a été changé pour tenir compte du démantèlement des secrétariats fédéraux. Enfin, le SSCA a été lui-même démantelé au début de 1996, un an avant la fin de la phase II. On a semblé justifier cette décision en disant que les ressources seraient utilisées à meilleur escient pour mettre en application le modèle de la santé de la population au sein de Santé Canada.[22]

Il importe également de savoir que la mise en oeuvre du modèle de la santé de la population pour définir les politiques et créer des programmes au sein de Santé Canada se poursuit, et que nombre de personnes tant au ministère que hors de celui-ci ne sont pas encore certaines de ce que ce modèle signifie et sous-entend

[22] Compte tenu de sa place réduite au sein du ministère (et par voie de conséquence au niveau interministériel) et de la fin imminente de la phase II de la SCA le 31 mars 1997, le personnel de la DGPPS indique que le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue a été démantelé parce qu'il ne jouait plus un rôle de coordination efficace.

pour les programmes de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues. On craint que dans la pratique l'attention accordée à ces questions ne devienne trop diffuse.

CONCLUSION : La coordination sur le plan stratégique ne s'est pas améliorée pour la peine après l'examen à mi-parcours. Sur le plan de la mise en oeuvre, la coordination relativement à des questions ou à des groupes cibles particuliers a dans l'ensemble été fructueuse au niveau opérationnel à Santé Canada (y compris avec les partenaires externes), ainsi qu'avec les autres ministères fédéraux. La coordination fédérale, provinciale et territoriale au niveau de la stratégie et des programmes a été quelque peu entravée pendant la durée de la Stratégie (principalement en raison de facteurs indépendants de la SCA), ce qui a donc limité l'efficacité de la coordination globale. Les représentants fédéraux et les partenaires externes sont en faveur d'une coordination fédérale continue sur les questions de lutte contre l''abus d'alcool et de drogues.

C. Base d'information

1. Quelles améliorations à la base d'information Santé Canada avait-il l'intention d'apporter?

Un des principaux objectifs de la SCA était d'améliorer la base d'information sur les questions d'alcoolisme et de toxicomanie. Dans le cadre de la phase II de la SCA, le rôle de Santé Canada consistait à améliorer les technologies de l'information et à renforcer le développement des bases de données. Les améliorations à la base d'information visaient à accroître l'efficacité et la rentabilité des programmes de la SCA.

La recherche devait être concentrée sur les groupes à risque, notamment les jeunes (y compris les jeunes de la rue et les décrocheurs), les femmes et les autochtones.

De plus, des dispositions ont été prises pour continuer à financer le CCLAT, réaliser un suivi plus poussé à l'enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues, ainsi que pour poursuivre le développement et le perfectionnement du système NARCON (qui sert à surveiller le mouvement des drogues licites et la consommation de médicaments par les individus).

2. Améliorations réelles

Les types d'activités à entreprendre pour améliorer la base d'information allaient de recherches quantitatives traditionnelles (ex. : enquêtes) aux recherches qualitatives ethnographiques en passant par les consultations visant à définir les besoins des groupes cibles.

La partie I du rapport d'enquête contient des informations détaillées sur ces activités. Les principales réalisations selon les personnes interrogées sont l'étude sur les coûts de l'abus de substances du CCLAT, l'enquête sur l'alcool et les autres drogues, et le projet de données de salles d'urgence du Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies.

Bien que l'on estime dans l'ensemble que le volume de l'information sur l'abus d'alcool et de drogues ait augmenté au cours des dernières années, nombre des personnes interrogées en dehors du gouvernement fédéral ne pouvaient attribuer ce résultat aux activités de la SCA; elles ont fait remarquer que nombre des rapports de la phase II de la SCA venaient à peine d'être publiés. Par contre, le CCLAT a été cité comme une source d'information clé contribuant à la diffusion d'informations par des publications, des services en ligne, des discussions, des réunions et des études de recherche. L'accessibilité de l'information sur Internet (par l'entremise du CCLAT notamment) a été reconnue comme une innovation particulièrement utile, à condition que d'autres stratégies de diffusion et médias continuent d'être utilisés pour assurer un accès universel.

Des personnes interrogées à Santé Canada et dans d'autres ministères partenaires ont souligné l'amélioration de l'information relative aux groupes à risque (y compris un intérêt accru pour les méthodes de recherche qualitative), des données générales sur les tendances, ainsi que de l'accessibilité de l'information grâce aux améliorations des bases de données.

Les perfectionnements apportés au système NARCON ont permis d'améliorer la façon dont la méthadone est dispensée.

Le rapport d'enquête (parties III et IV) fait également état d'un certain nombre de lacunes au niveau de l'information qu'il pourrait y avoir lieu de corriger.

3. Comment Santé Canada s'est-il servi de cette information et de l'information provenant d'autres sources qui ont bénéficié de la Stratégie canadienne antidrogue?

À la lumière des entrevues réalisées au cours de notre enquête sur le terrain, les réseaux et les produits d'information (là où ils sont connus) financés dans le cadre de la composante Santé Canada de la phase II de la SCA ont contribué de façon

générale à l'établissement de politiques et de programmes sur les questions d'abus d'alcool et de drogues aux niveaux international, national, régional et communautaire.

Au niveau national, les consultations entreprises par Santé Canada au cours de la première année de la Stratégie pour recentrer les activités sur les populations cibles ont permis de combler certaines lacunes dans les connaissances et fourni aux ministères la possibilité de se concentrer sur les secteurs prioritaires. Ces données expérientielles devaient être complétées par des données quantitatives traditionnelles qui seraient obtenues au moyen d'enquêtes comme celle sur l'alcool et les autres drogues au Canada, qui a livré des données sur les tendances pour des populations cibles particulières.

4. Quels effets l'utilisation de cette information a-t-elle eu sur les programmes de Santé Canada?

Des recherches (réalisées dans le cadre de la SCA et par des chercheurs indépendants) ont confirmé que le problème de l'abus d'alcool ou de drogue demeurait très répandu (voir rapport d'enquête, partie II), et que les groupes à risque visés dans la phase II continuaient de nécessiter une importante attention. Toutefois, on craignait dans une certaine mesure que l'attention accordée à ces groupes n'ait été préjudiciable aux activités de prévention générale destinées au grand public. On avait donc peur que l'abus d'alcool ou de drogues ait recommencé à augmenter chez les groupes non à risque.

L'étude sur les coûts de l'abus de substances au Canada a également fait prendre conscience des incidences économiques et sociales du problème, et du besoin d'une activité suivie au niveau des politiques et des programmes au Canada. Depuis que la décision de ne pas renouveler la composante Santé Canada de la SCA est généralement connue, les personnes interrogées se sentent désillusionnées et craignent que l'information recueillie au cours de cette étude ne serve pas à éclairer la politique ou l'action au niveau national. De même, on craint que les données d'enquête n'aient un effet limité si elles ne sont pas mises à jour régulièrement. Nombre de personnes interrogées ont indiqué que ces études pouvaient être réalisées à l'échelle nationale par le gouvernement fédéral seulement, pour qui il s'agit d'un rôle légitime.

CONCLUSION : L'étendue et la quantité de l'information sur l'abus d'alcool et de drogues au Canada se sont accrues au cours de la phase II de la SCA. Cependant, on craint que les gains obtenus ne soient de courte durée si l'information n'est pas mise à jour régulièrement. Les représentants fédéraux et les partenaires externes considèrent que la collecte et la diffusion d'informations sur l'abus

d'alcool et de drogues à l'échelon national sont des rôles fédéraux appropriés.

D. Ressources

1. Quelles ressources supplémentaires Santé Canada devait-il recevoir de la Stratégie canadienne antidrogue?

Au moment de sa création en 1992, la composante Santé et Bien-être social de la SCA devait bénéficier d'un total de 191 350 000 $ au cours de la période de 1992-1993 à 1996-1997. À compter de 1993, ces fonds se sont mis à diminuer par suite de réductions du budget des subventions et contributions et d'autres coupes budgétaires. La même année, une réorganisation en profondeur de l'appareil gouvernemental a entraîné le transfert de Condition physique et Sport amateur (2 millions de dollars) et du Programme de traitement et de réadaptation des alcooliques et des toxicomanes (77,5 millions de dollars) vers d'autres ministères. Le tableau ci-dessus montre l'écart entre les fonds initialement affectés à la SCA (pour les éléments qui restent à Santé Canada) et les sommes qui ont finalement été disponibles au cours de chaque année de l'initiative. À noter que ces sommes sont en millions de dollars et incluent les salaires. Il importe également de savoir que les dépenses réelles semblent s'être établies à 71 p. 100 des niveaux de financement approuvés au départ.

	92-93	93-94	94-95	95-96	96-97	TOTAL
Approuvé en 1992						
Services et promotion de la santé	13,4	17,9	17,9	16,4	16,4	82
Protection de la santé	0,17	2,37	2,37	2,37	2,37	9,65
Services médicaux	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	12,5
Politique, planification et information	1	1	1	1	1	5
TOTAL	17,07	23,77	23,77	22,27	22,27	109,15
Budget réel (92-96) et courant (96-97)						
Services et promotion de la santé	13,4	15,5	14,7	12,5	3,2	59,2
Protection de la santé	0,17	1,2	0,8	0,4	0,17	2,74
Services médicaux	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	12,5
Secrétariat	0,6	0,6	0,9	0,6		2,7
TOTAL	16,67	19,7	18,9	16	5,87	77,14
Écarts :						
Services et promotion de la santé	0	2,5	3,2	3,9	13,2	22,8
Protection de la santé	0	1,17	1,57	1,97	2,2	6,91
Services médicaux	0	0	0	0	0	0
Secrétariat	0,4	0,4	0,1	0,4	1	2,3
ÉCART TOTAL	0,4	3,97	4,87	6,27	16,4	32,01

Nous ne croyons pas que nous ajouterions beaucoup à cette évaluation en essayant de reconstituer les détails des diverses coupes budgétaires qui ont conduit aux affectations indiquées ci-dessus. Il importe de savoir, cependant, que l'affectation initiale de 22,3 millions de dollars pour 1995-1996 a été réduite de 16 millions de dollars[23] et ne correspondait plus qu'à 5,9 millions de dollars.

Niveaux de dotation en personnel

[23] À noter que le Secrétariat a été démantelé à la fin de 1996 et que son budget (1 million de dollars) a été éliminé.

L'affectation initiale d'ETP a été la suivante :

Services et promotion de la santé	15/année
Protection de la santé	21/année
Services médicaux	–
Secrétariat	5/année

Le résultat total aurait été de 205 ETP. Par suite des coupes budgétaires pratiquées entre 1992-1993 et 1996-1997, il semble que 104 ETP aient été réellement utilisés. La Direction générale de la protection de la santé a fait les frais du gros de ces coupes, n'utilisant que 32 ETP au lieu des 105 prévus.

Incidence des coupes budgétaires

Il ne fait aucun doute que les coupes budgétaires successives (qui ont atteint 30 p. 100 pendant la durée de la SCA) ont eu un effet négatif sur Santé Canada. Les coupes les plus importantes ont été pratiquées au cours des dernières années de la Stratégie, au moment où les résultats de recherches et d'activités précédentes auraient raisonnablement pu modifier les programmes, les orientations stratégiques, etc.

On craignait aussi, comme dans la plupart des organismes dont les ressources humaines ont été réduites, qu'une expertise précieuse ne fût en train d'être perdue.

2. Comment ces ressources ont-elles été réellement utilisées?

Destination des fonds

Des projets particuliers étaient dirigés vers des populations cibles, surtout à la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé. La Direction générale des services médicaux ne visait que les populations autochtones, à l'intérieur et à l'extérieur des réserves, et principalement les jeunes (bien que la région de l'Alberta au moins vise également les personnes âgées). La Direction générale de la protection de la santé n'a pas classé ses activités par groupes cibles (elles ne s'y prêtaient pas non plus).

Nous avons préparé le tableau ci-dessous en consultant nombre de sources, dont des descriptions de projet et des plans de travail annuels. Nous n'avons pu obtenir des programmes des données définitives sur les cibles des projets, parce qu'aucun ne tenait une base de données électronique d'où les données pertinentes auraient pu être extraites. Nous n'avons pas essayé de déterminer la cible de toutes les activités entreprises dans le cadre des programmes au cours des cinq dernières années. Nous avons plutôt examiné un échantillon de descriptions de projet et de plans de travail

représentant 16 p. 100 des fonds de Santé Canada pour la SCA. Plus de 90 p. 100 des projets en question s'adressaient à des populations cibles. Dans cet échantillon :

- les jeunes représentaient la principale cible des projets de Santé Canada (43,9 p. 100 des fonds);
- les groupes autochtones, les femmes et les personnes âgées accaparaient chacun entre 16 p. 100 et 21 p. 100 des fonds destinés aux projets (sans compter les fonds affectés à la Direction générale des services médicaux);
- les projets de lutte contre la conduite avec facultés affaiblies ne représentaient pas une priorité, ne comptant que pour 3,2 p. 100 environ des fonds des projets.

Même si nous reconnaissons que les cibles de certains projets se chevauchaient (ex. : personnes âgées autochtones), la cible principale est celle qui est indiquée ci-après.

	Jeunes	Femmes	Pers. âgées	Autoch.	CFA.	Inconnu[24]	TOTAL
Budget réel (92-96) et budget courant (96-97)							
Services et promotion de la santé	5,9	2,2	2,5	2,9	0,4	45,3	59,2
Protection de la santé						2,74	2,74
Services médicaux				12,5			12,5
Secrétariat						27	2,7
TOTAL	5,9	2,2	2,5	15,4	0,4	50,74	77,14
Pourcentage	7,6 %	2,9 %	3,2 %	20 %	0,5 %	65,8 %	

Redistribution des fonds

Les grandes réorganisations qui ont eu lieu à Santé Canada et au sein des ministères gouvernementaux ont entraîné une importante réaffectation des fonds de la SCA entre unités organisationnelles. À Santé Canada, toutefois, ces fonds ne semblent pas avoir

[24] Selon les responsables des programmes, toutes les activités visaient des cibles précises. Toutefois, cette information n'était pas immédiatement accessible. Comme nous sommes à peu près convaincus que des cibles appropriées ont effectivement été choisies, nous en concluons que demander des informations plus détaillées ne constituerait pas une utilisation efficiente des ressources.

été réaffectés à des activités autres de la SCA. Par contre, cela reste très difficile à vérifier parce que souvent les fonds de la SCA s'ajoutaient aux fonds déjà affectés à des activités préexistantes et n'étaient pas associés à un code d'interclassement au niveau du ministère.

3. Effet de ressources accrues sur les programmes

Il est amplement démontré que de nombreuses activités ont été financées grâce aux fonds de la SCA. En d'autres termes, les fonds de la SCA ont été des plus utiles en rendant possible la réalisation d'un grand nombre d'activités (ex. : enquêtes et autres recherches, formation de réseaux). Toutefois, l'échelonnement de ces activités dans le temps a empêché de profiter pleinement de leur effet positif sur les programmes. Par exemple :

- au cours de la première année de toute stratégie comme celle qui nous intéresse, les tâches de planification et d'organisation ont tendance à occuper tout le temps disponible;
- la deuxième et la troisième années sont consacrées à la mise en chantier des projets de recherche et des projets pilotes qui doivent livrer une information substantielle;
- au cours des dernières années, les résultats des projets de recherche et des projets pilotes sont incorporés dans les programmes.

Dans le cas de la SCA, les budgets ont été réduits dès le départ, et les coupes les plus importantes ont été pratiquées au cours des dernières années. En 1995-1996 et en 1996-1997, le budget a été réduit en tout de 22,7 millions de dollars, ou de 25 p. 100 de ce qu'il représentait au début. D'importantes réductions sont donc survenues au moment même où les résultats de recherches devenaient disponibles et auraient raisonnablement pu avoir un effet des plus sensibles sur les programmes de Santé Canada.

4. Conséquences du non-renouvellement

Les représentants fédéraux et les partenaires externes ont exprimé de nombreuses craintes au sujet de la coordination, des programmes et de la base d'information si des ressources ne continuaient pas à être consacrées à la lutte contre l'abus d'alcool et de drogues (voir rapport d'enquête, parties III et IV).

Dans l'ensemble, les partenaires externes ont fait valoir que l'impulsion donnée par la phase II de la SCA serait perdue. Les représentants fédéraux, les experts de la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, et les représentants internationaux ont pu fournir plus de détails au sujet des conséquences du non-renouvellement. Deux

grands thèmes se dégageaient de leurs commentaires : premièrement, ils estimaient que la crédibilité du Canada, sur le plan national et international, souffrirait de la perte de visibilité et d'attention; deuxièmement, ils craignaient que les efforts pour réduire la demande ne fussent relégués au second plan par les efforts visant à réduire l'offre et à appliquer la loi.

Pour certains représentants fédéraux et partenaires externes, l'attention accordée à l'abus d'alcool et de drogues risque d'être moins suivie en vertu du modèle de la santé de la population, et le non-renouvellement du financement du CCLAT pourrait avoir de graves conséquences au niveau de la production et de l'échange d'information.

Une grande part de la recherche entreprise dans le cadre de la phase II avait pour but de définir la nature et les paramètres du problème que représente l'abus d'alcool et de drogues par rapport aux populations cibles. Des travaux futurs pourraient théoriquement être fondés sur ces données, mais des recherches seraient nécessaires pour continuer à mesurer l'efficacité de nouvelles stratégies, priorités et activités. Le non-renouvellement peut signifier qu'un suivi constant pareil sera impossible.

CONCLUSION : En raison de restrictions budgétaires, les dépenses au titre de la composante Santé Canada de la phase II de la SCA se sont finalement établies à 71 p. 100 seulement des fonds approuvés au départ. Les plus importantes coupes été ont pratiquées au cours des dernières années de la SCA, lorsque les résultats de recherches et d'activités précédentes auraient raisonnablement pu modifier les programmes. Les fonds ont été légitimement et raisonnablement répartis entre les groupes cibles de la Stratégie. Les fonds de la phase II de la SCA ont permis nombre d'activités nouvelles et améliorées, mais le moment où ces activités ont eu lieu peut en avoir limité l'effet sur les programmes en tant que tels. Les représentants fédéraux et les partenaires externes croyaient aussi que le non-renouvellement de la composante Santé Canada de la SCA réduirait la crédibilité du Canada en matière de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues sur la scène nationale et internationale, et que la réduction de la demande serait dans une grande mesure remplacée par la réduction de l'offre, qui prendrait la forme de mesures d'application de la loi et de contrôle.

III. CONSTATATIONS ET CONCLUSIONS GLOBALES

1. Attentes à l'égard de la composante Santé Canada de la phase II de la SCA

En dernière analyse, la composante Santé Canada de la phase II de la SCA doit être considérée comme une initiative à court terme visant à aborder, sous un angle particulier, un problème complexe, profondément enraciné. Les attentes quant à ses résultats doivent être tempérées pour cette raison.

Il importe également de savoir que la phase II a été marquée par un important changement de cap qui s'est traduit par le choix de nouveaux groupes cibles pour lesquels les programmes de prévention traditionnels ne convenaient pas. Opérer un changement semblable, et mettre en place de nouveaux cadres conceptuels, de nouvelles méthodes de recherche, des stratégies d'exécution des programmes, etc., est déjà un exploit en soi.

Nous avons constaté que Santé Canada a fait d'importants progrès relativement à tous les groupes cibles en faisant augmenter la base de connaissances sur les programmes de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues et en renforçant les mesures de contrôle. Ces progrès ont été accomplis malgré les difficultés au niveau de la coordination stratégique et le fait que les fonds du ministère aient été réduits de 30 p. 100 pendant la durée de la Stratégie.

L'étude du CCLAT sur les coûts de l'abus de substances au Canada a clairement démontré qu'un effort soutenu et continu est nécessaire pour réduire les méfaits causés par l'abus d'alcool et de drogues. Nous devons conclure que des initiatives à court terme comme la phase II de la SCA sont utiles en ce sens qu'elles font ressortir la priorité d'une problématique particulière. Elles offrent en plus des avantages inhérents dans des entreprises comme la lutte contre l'abus d'alcool et de drogues, par exemple, qui exigent une intervention de plus longue durée que ne le permettent des initiatives financées pour une période limitée seulement.

Notre enquête sur le terrain a aussi révélé que les représentants fédéraux et les partenaires externes sont d'accord pour que le gouvernement fédéral prenne un engagement de plus longue durée en matière de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues.

2. Modèle de coordination – leçons tirées

Sur les plans interministériel et intersectoriel, la coordination et la collaboration signifient qu'on travaille ensemble dans un domaine d'intérêt mutuel. Elles peuvent prendre la forme de diverses activités : échange d'informations, coentreprises, élaboration de mesures législatives et de politiques, etc. On convient généralement

que la coordination et la collaboration rendront possible une utilisation optimale des ressources, ainsi que de meilleurs produits, de meilleurs programmes et de meilleurs services (qui reposeront tous sur une base commune). Mais elles ne pourront donner ces résultats que si toutes les parties sont prêtes à écouter et à échanger des idées, si l'entraide et l'engagement sont présents, si les ressources et l'infrastructure sont suffisantes, et si la gestion du processus est efficace.

La coordination de la phase II de la SCA a été relativement inefficace au niveau stratégique parce que les ingrédients indispensables au succès n'étaient pas présents : même s'il avait été convenu de l'orientation générale de la Stratégie dans la présentation au CT (c'est-à-dire le modèle de la réduction des méfaits, et la mise en équilibre et l'intégration des mesures de réduction de la demande et de l'offre), le but de la coordination au niveau stratégique n'a pas été articulé ou approuvé; le mandat du SSCA en matière de coordination n'a pas été bien défini, et l'organisme n'a pas reçu les pouvoirs nécessaires pour gérer efficacement le processus; et les acteurs n'ont pas suffisamment accepté le besoin et le but de la coordination. Le démantèlement des infrastructures fédérales et provinciales de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues a réduit encore la notion de coordination et de partenariat envisagé dans la Stratégie. La réorganisation ministérielle à Santé Canada a contribué à d'autres problèmes de coordination stratégique.

La phase II de la SCA a permis de mieux coordonner des tâches ou des questions particulières que la Stratégie dans son ensemble, car les facteurs essentiels au succès étaient en place.

Le rapport d'enquête démontre que les représentants fédéraux et les partenaires externes sont en faveur d'un rôle fédéral dans la coordination des questions d'alcoolisme et de toxicomanie.

3. Durabilité des progrès accomplis au cours de la phase II de la SCA

La composante Santé Canada de la phase II de la SCA a considérablement investi dans la recherche et la création de programmes, ainsi que dans les systèmes de surveillance et d'information. Sur nombre de plans, Santé Canada est maintenant en en mesure de récolter les fruits des connaissances acquises; cependant, cela ne se produira pas parce que la Stratégie ne sera pas renouvelée. On craint aussi que la disparition de la composante Santé Canada de la SCA ne laisse pas seulement un vide, mais ne fasse pencher la politique fédérale de réduction des méfaits trop loin du côté de la réduction de l'offre, au détriment de la crédibilité internationale du Canada.

4. L'abus d'alcool et de drogues et le modèle de la santé de la population

Pendant tout le processus d'évaluation, les personnes que nous avons rencontrées se sont demandées si le modèle de la santé de la population représentait, dans la pratique, un modèle viable pour s'attaquer aux questions d'alcoolisme et de toxicomanie. Il était difficile de savoir si ces inquiétudes étaient fondées sur une compréhension exacte de la façon dont le modèle de la santé de la population s'appliquera concrètement.

5. Obligation de rendre compte et évaluation

Il est de plus en plus important pour les gouvernements d'utiliser les deniers publics de la façon la plus rentable possible et de rendre compte de leur utilisation. La phase II de la SCA a présenté certaines déficiences à cet égard qui peuvent et qui devraient être corrigées dans toute initiative future en matière d'abus d'alcool et de drogues. Des mesures simples, comme ajouter des codes financiers pour suivre les dépenses relatives aux initiatives, seraient utiles pour la gestion courante et la reddition des comptes. En fait, une des leçons à tirer pour les initiatives futures est le besoin de négocier directement avec les gestionnaires et les usagers potentiels des données financières (dont les évaluateurs) quant aux genres de renseignements financiers à recueillir, et à la manière de les présenter et à la fréquence à laquelle les obtenir et les analyser.

Il semble également nécessaire d'investir certaines ressources dans la mise au point de mesures et de techniques d'évaluation utilisables à l'échelle des projets, afin que les décideurs puissent avoir une idée plus concrète des résultats des programmes. Cet investissement est essentiel pour les nouveaux secteurs de programme, où les techniques traditionnelles peuvent se révéler insuffisantes.

6. Ressources – la justification du financement horizontal

L'adoption d'initiatives et de stratégies spéciales se justifie par le besoin de coordonner les efforts entre les structures hiérarchiques et ministérielles. Le Cabinet reconnaît donc une question prioritaire et réserve des fonds pour s'y attaquer, spécifiant même souvent quels ministères interviendront et quelles activités seront entreprises.

Ce processus crée sa propre bureaucratie et ses propres structures, tels que secrétariats, comités de coordination, comités spéciaux, comités d'évaluation, etc. Lorsqu'un ministère participe à plusieurs initiatives, ces structures se chevauchent souvent et font parfois double emploi. Des pertes d'efficience sont donc inhérentes au concept d'initiatives interdisciplinaires spéciales ou intersectorielles.

Quoi qu'il en soit, une approche coordonnée d'un seul problème avec plusieurs ministères comporte aussi des pertes d'efficience. La nature interdisciplinaire de l'approche représente aussi un avantage, parce qu'elle donne la garantie que la même question prioritaire est coordonnée de plusieurs points de vue.

Il est important d'adopter aux niveaux ministériel et interministériel une approche entièrement horizontale du financement. À Santé Canada (DGPPS), le comité des ressources de la SCA semble avoir été un mécanisme utile pour négocier et établir les priorités ministérielles; il est important que des systèmes d'administration financière au sein des diverses directions générales acquièrent la souplesse nécessaire pour rendre possible un mode de financement horizontal de l'ensemble des priorités ministérielles.